

Etiquette PATIENT

Etiquette service GILDA

Prescripteur /SERVICE/HOPITAL:.....
.....
Préleveur :
Date :/...../2020
Heure :

SEROLOGIE SARS-CoV2
(PED-COVID)
1 tube gel Bouchon jaune

VIROLOGIE (Dr M Leruez)
Hôpital Necker-Enfants Malades

RENSEIGNEMENTS

MOTIF D'HOSPITALISATION/ SIGNES CLINIQUES

Consultation ou HDJ programmé	OUI <input type="checkbox"/>	Intervention chirurgicale	OUI <input type="checkbox"/>
Fièvre	OUI <input type="checkbox"/>	Signes respiratoires	OUI <input type="checkbox"/>
Signes digestifs	OUI <input type="checkbox"/>	Signes neurologiques	OUI <input type="checkbox"/>
Myocardite	OUI <input type="checkbox"/>	S Kawasaki	OUI <input type="checkbox"/>
Polysérite	OUI <input type="checkbox"/>	Signes cutanés	OUI <input type="checkbox"/>
Crise drépanocytaire	OUI <input type="checkbox"/>	Autre (en clair) :	
Cas COVID suspect ou confirmé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

Comorbidités (en clair) :

Traitements

Zithromax	OUI <input type="checkbox"/>	Immunoglobulines polyvalentes	OUI <input type="checkbox"/>
Anticorps monoclonaux	OUI <input type="checkbox"/>	Immunosuppresseurs ou équivalent	OUI <input type="checkbox"/>

DEPUIS DECEMBRE 2019

Episode compatible avec une infection COVID (fièvre,asthénie, ageusie/anosmie, toux sèche, signes digestifs, acrosyndrome...)
OUI si oui Date

Cas contact possible
OUI si oui Date

PCR
OUI si oui résultat positif négatif Date

Sérologie faite
OUI si oui résultat positif négatif Date