



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève

DIAGNOSTIQUE / Service de Médecine de Laboratoire

Centre d'accueil des prélèvements (CAP)

Bâtiment des Laboratoires (BATLab), local 8D-0-850.1

4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14

Laboratoire de virologie

## VIRO – SARS CoV2 Omicron variant

<http://www.hug.ch/laboratoire-virologie>

<http://www.hug.ch/feuilles-de-demande>

Responsable du laboratoire : Prof. Laurent KAISER

Biologiste répondant: Mme Sabine YERLY-FERRILO

Tél direct / e-mail : 079 5530077 / <mailto:cadres.virologie@hcuge.ch>

Labo direct ou résultats : Tél. /Fax : (022 37) 24 980 / (022 37) 21 835

Centre d'accueil des prélèvements (CAP) : Tél (022 37) 21 800

M.  Mme  (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Représentant légal si patient mineur :  père  mère

Nom/prénom : .....

Rue/N°: .....

Localité, No postal : .....

Unité d'hospitalisation : ..... Médecin : .....

N° EdS : .....

Adresse pour facturation:  Patient  Demandeur  Assurance

Nature du cas :  Maladie  AI  Accident  Maternité

N° AVS (AI obligatoire) : .....

Assurance : ..... N° Assuré : .....

**Prescripteur** (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) :

Identification laboratoire :

**Médecins en copie** (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax : *Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur :*

Prélèvement du :

Heure :

Renseignements obligatoires (diagnostic et/ou traitement etc.) :

Opposition du patient à l'enregistrement des résultats de cette demande dans le dossier patient informatique (DPI) des HUG

## Detection of S-Drop-out suggestive of SARS-CoV2 Omicron variant <sup>(NA)</sup>

**Material:**  1 ml of respiratory specimen (swab) in transport medium

frozen RNA

➤ Declaration number (BAG): ..... (mandatory)

➤ Sample date: .....

➤ CT value: ..... Method : .....

<sup>(NA)</sup> Analyse non-accréditée