

Formulaire de renseignements pour la réalisation d'un test antigénique COVID-19



Se munir de vos papiers d'identité, de votre carte vitale ou de votre attestation de sécurité sociale

Se présenter avec un masque et respecter les gestes barrières

Remplir ce formulaire avant la réalisation du test

Date:

Informations patient :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Sexe : Femme Homme

Professionnel de santé : OUI NON

Numéro de sécurité sociale : (15 chiffres)

N° téléphone mobile : Numéro de téléphone fixe :

Courriel :@.....

Adresse de résidence principale :

N° Voie

Complément

Code Postal : Commune

Pays

Si je réside actuellement dans un autre département que celui de ma résidence principale (ou que je le prévois dans les 7 prochains jours) : Code postal du lieu de résidence temporaire

Informations concernant mon hébergement :

Dans un hébergement individuel privé Dans une structure d'hébergement collectif

Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre

Raison pour laquelle je me fais dépister :

J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux...) depuis le

Je n'ai pas de symptômes mais je suis identifié comme cas contact

Je n'ai pas de symptômes mais je suis identifié dans un cluster (endroit à risque)

Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social

Je dois bientôt faire un déplacement pour lequel un test est exigé

Je suis professionnel de santé

Transmission des résultats :

Médecin traitant (Nom et Prénom) :

Je n'ai pas de maladies associées (diabète, hypertension, obésité...)

Signature

Résultat :

Positif Négatif Indéterminé