

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 n'ai pas de symptômes, mais je ne suis dans aucun des cas précédents

Transmission des résultats :

Médecin traitant (Nom et Prénom) :

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

Signature

Résultat :

Positif Négatif Indéterminé