

Formulaire de renseignements - 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 RESIDENCE PRINCIPALE :

RAISON POUR LAQUELLE JE ME FAIS DEPISTER :

J'ai des symptômes (cf. liste ci-dessous) depuis le

*Les principaux symptômes, combinés ou isolés, de l'infection par la Covid-19 sont :

- Une fièvre ou sensation de fièvre,
- Des signes respiratoires, comme une toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression dans la poitrine,
- Des maux de tête, courbatures, une fatigue inhabituelle ;
- Une perte brutale de l'odorat (sans obstruction nasale), une disparition totale du goût, ou une diarrhée ;
- Dans les formes plus graves : difficultés respiratoires pouvant mener jusqu'à une hospitalisation en réanimation voire au décès.

Pour une personne âgée, l'entourage peut constater une altération brutale de l'état général, l'apparition ou l'aggravation des capacités mentales, un état de confusion, des chutes répétées, une aggravation rapide d'une maladie déjà connue.

Je n'ai pas de symptômes, mais je souhaite me faire tester :

- Car je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social
- Car je dois bientôt faire un déplacement pour lequel un test est exigé
- Car je vais prochainement côtoyer des personnes à risque
- Pour une autre raison



Dans les cas suivants, le type de test préconisé est la RT-PCR :

- Vous avez des symptômes depuis plus de 4 jours
- Vous êtes un cas contact (vous avez été en contact avec un cas positif)
- Votre lieu de résidence est considéré comme un foyer épidémique (cluster)

TRANSMISSION DES RESULTATS :

Médecin traitant (Nom et Prénom) :

Lieu d'exercice :

CADRE RESERVE AU PROFESSIONNEL DE SANTE :

Résultat : POSITIF NEGATIF