

Fiche de renseignements pour test antigénique Covid-19



Tous ces renseignements sont indispensables pour la transmission des résultats au SI-DEP.

NOM : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM : DATE DE NAISSANCE : SEXE : F M

MEDECIN TRAITANT :

ADRESSE : CP/VILLE :

ADRESSE MAIL :

NUMERO TEL PORTABLE :

N° SECURITE SOCIALE :

Caisse : CPAM MSA AUTRE.....

Transmission des résultats par : MAIL SERVEUR de résultat

Etiquette d'identification
Zone réservée au laboratoire

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES CONCERNANT LE PATIENT

Contexte de la demande :

- Voyage
- Activité de loisirs
- Cas contact
- Dépistage collectif
- Accompagnant patient hospitalisé
- Autre

Type d'hébergement :

- Hébergement individuel
- Autre (préciser):.....

Pays de résidence :

- France
- Autre (préciser) :

Retour d'un pays étranger :

- Oui lequel :..... Date de retour :
- Non

Professionnel de santé:

- Oui
- Non

Symptômes :

- Oui
- Non

Si oui, date/période d'apparition des symptômes :

- Le jour ou la veille du prélèvement
- 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
- 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
- Entre 8 et 15 jours avant le prélèvement
- Plus de 2 semaines avant le prélèvement

Vaccination:

- Oui
- Si oui : 1 dose 2 doses 3 doses Date dernière injection :
- Non

Antécédent d'infection Covid-19 :

- Oui Date approximative du dernier épisode COVID :
- Non

En signant et en remettant ce formulaire complété au laboratoire, j'atteste avoir compris les avantages et les limites du test antigénique.

Le : ... / ... /...

Signature du patient :