

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

Se munir de votre carte vitale et d'une copie de votre attestation de sécurité sociale (disponible auprès de votre caisse d'assurance maladie ou ameli.fr).

Se présenter avec un masque et respecter les gestes barrières.

Remplir ce formulaire avant la réalisation du test pour réduire l'attente.

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

Si je reviens d'un voyage dans un pays étranger depuis les 14 derniers jours : Pays de départ :

Transmission des résultats :

Médecin traitant (Nom et Prénom) :

Résultat :

Positif Négatif Indéterminé

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir.



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter.



Éviter de se toucher le visage



Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres.



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



Porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut pas être respectée et dans tous les lieux où cela est obligatoire



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



Aérer les pièces 10 minutes, 3 fois par jour



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)