

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Type de résidence : Individuelle (maison, appartement) Collectivité

Nom de naissance : Si collectivité, précisez le type :
ex. : Hôpital, EHPAD, Milieu carcéral, Caserne, Résidence étudiante...

Prénom : Adresse :
(Lieu de résidence actuelle)

Genre : Féminin Masculin

Date de naissance : JJ MM AAAA Code postal :
 N° de téléphone : Ville :
 N° Sécurité Sociale : Adresse email :

LA OU LES RAISONS DE ME FAIRE DEPISTER

Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test de dépistage de la COVID-19

J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus :

Nature des symptômes : Fièvre Toux Perte de goût/odorat Autre

Moins de 24h avant le prélèvement Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement

2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement

5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement Plus de 4 semaines avant le prélèvement

J'ai été appelé par un enquêteur sanitaire

J'ai reçu une notification de TousAntiCovid

Je suis un professionnel intervenant dans le système de santé

J'ai fréquenté un endroit ou une personne à risque (rassemblement collectif, etc.)

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

Je prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé

Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative

J'ai une contre-indication à la réalisation d'un prélèvement nasopharyngé (*cocher la ou les contre-indication(s)*)

- Saignements ou douleurs, Saignements lors d'un prélèvement antérieur
- Déviation cloison nasale, contre-indication médicale Jeune enfant, patient très âgé (EHPAD)
- Travailleurs transfrontaliers Patient psychiatrique

Bien que le prélèvement naso-pharyngé soit la référence et malgré la diminution de la sensibilité de la technique, je souhaite bénéficier :

- d'un prélèvement oro-pharyngé d'un prélèvement salivaire

Pour la transmission de vos résultats à votre médecin traitant :

Prénom et nom de votre médecin : Code postal de votre médecin :

Si je reviens d'un voyage dans un pays étranger dans les 14 derniers jours :

Pays de départ :

Avez-vous réalisé un test antigénique dans les dernières 24h ?

Oui Non Résultat : Positif Négatif

Êtes vous vacciné ?

Oui Non Vaccin :

Date 1^{ère} injection : / /

Date 2^{ème} injection : / /

PRELEVEMENT (Champs réservés au laboratoire)

Date : Heure :

Nature : Nasopharyngé Oropharyngé Salivaire

Identification du préleveur :

