

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS



**ACADÉMIE
DE TOULOUSE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

N° personne testée

Code campagne : OCC-EN-000001

**Campagne de dépistage de la Covid-19
utilisant les tests rapides antigéniques sur prélèvement nasopharyngé**

*Formulaire de renseignements pour la réalisation de l'examen
A remettre au professionnel de santé qui réalise le test*

Avant de réaliser mon examen, je pense à :

- Me munir de ma carte de sécurité sociale
- Me présenter sur le site de dépistage avec un masque et respecter les gestes barrières.
- Remplir ce formulaire de pré-enregistrement.

Mes informations d'identité et mes coordonnées de contact :

Nom de naissance : *(jeune fille)*

Nom d'usage : *(marital)*

1er prénom :

Date de naissance : *(JJ/MM/AAAA)*

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Mon adresse de résidence principale :

Numéro : Voie :

Code Postal : Commune :

Informations complémentaires :

N° téléphone mobile : N° téléphone fixe :

Courriel :

N° INSEE *(sécurité sociale)* :

Nom du médecin traitant :

Facteurs de risque et/ou symptômes évocateurs de COVID-19 :

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

- ☐ 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
- ☐ Plus de 4 jours avant le prélèvement

En cas de symptôme(s), merci de préciser le ou lesquels :

- ☐ Fièvre ou sensation de fièvre
- ☐ Signes respiratoires, comme une toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression dans la poitrine
- ☐ Le nez qui coule, un mal de gorge
- ☐ Une fatigue importante inexpliquée
- ☐ Une perte du goût
- ☐ Une perte de l'odorat
- ☐ Des maux de tête
- ☐ Des courbatures et/ou des douleurs dans les muscles
- ☐ Une diarrhée avec au moins 3 selles molles dans la journée
- ☐ Autre :

☐ Je suis contact à risque d'un cas confirmé

☐ Je suis allé au Royaume-Uni au cours des 2 dernières semaines, Afrique du Sud, Japon, Nigeria, Mozambique

CADRE RESERVE AU PROFESSIONNEL DE SANTE

Contre-indication à la réalisation du test antigénique :

- ☐ Personne symptomatique > 4 jours
- ☐ Personne contact

Professionnel de santé préleveur :

Nom :

Prénom :

N° professionnel :

Qualification :

Date et heure du prélèvement :

.....

Matériel utilisé:

Marque TAG :

Référence :

Numéro de lot :

Date de péremption:

CADRE RESERVE AU PROFESSIONNEL DE SANTE

RESULTAT : ☐ POSITIF

☐ NEGATIF