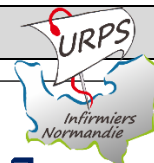


Traçabilité - tests antigéniques (patients et IDEL)



Critères d'éligibilités :

- Patients + 65 ans (asymptomatique hors cluster, cas contacté avéré) : oui non
- Patient symptomatique : oui non
- Un facteur de risque (patient + 65 ans symptomatique) : oui non
- Symptômes <96 h : oui non

INFORMATIONS D'IDENTITE ET COORDONNEES DU PATIENT :

Nom de naissance (jeune fille) :

.....

Nom d'usage (marital) :

.....

Prénom :

Date de naissance :

.....

Sexe : Femme Homme

I.N.R (n°SS) :

Médecin traitant :

Adresse postale :

.....

Tel fixe : Tél portable :

Mail :

La personne atteste avoir été informée du déroulement du test de la gestion des données

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

- Le diabète
- L'hypertension
- Les maladies cardiaques
- La bronchopneumopathie chronique obstructive
- La tuberculose
- L'obésité
- personne en chimiothérapie

Symptômes (perte odorat, perte du goût, fièvre, etc...) et s'ils sont apparus :

Avant le prélèvement :

- Moins de 24h
- Entre 8 et 14 jours
- 1,3 ou 4 jours
- Entre 15 et 28 jours
- 5,6 ou 7 jours
- Plus de 4 semaines

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

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

Si une case cochée :
Contactez le Médecin Traitant
en cas de symptômes

Test antigénique :

Date de réalisation :

Nom du test :

Marque du test :

RÉSULTAT :

NÉGATIF

POSITIF

Identification du professionnel ayant réalisé l'examen :

Nom et Prénom (IDEL) :

N° ADELI :

SIGNATURE et TAMPON du professionnel attestant la bonne réalisation du test selon les bonnes pratiques ainsi que le respect des préconisations du fabricant.

Transmission des résultats :

SI-DEP iv :

MSSANTE :
sm.nor@cnam-sm.mssante.fr

Tel : 09 74 75 76 78 :

Nom et Prénom (du patient):

SIGNATURE :