

FICHE TRACABILITE TESTS ANTIGENIQUES

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone portable :

Adresse mail : @

Adresse postale :

Code postal : Ville :

Médecin traitant :

- Êtes-vous : Sans symptôme
 Avec symptômes depuis hier ou aujourd'hui
 Avec symptômes depuis 2 ,3 ou 4 jours
 Avec symptômes depuis 5 jours ou plus

Nature des symptômes : Toux / Fièvre / Courbatures / Maux de tête / Fatigue / Diarrhée
Maux de gorge / Syndrome grippal / Conjonctivite / Perte de goût /
Perte d'odorat / Douleurs musculaires / Autres :

Revenez- vous d'un pays étranger : OUI / NON

Si oui : Lieu du voyage :

Date de retour en France :

Vous vivez dans un hébergement : Individuel
 Collectif

Vous êtes professionnel de santé : OUI / NON

► Si le test est positif , il vous faudra :

- Informer votre médecin traitant
- Lister les personnes contacts possibles (48 heures avant le début des symptômes)
- Surveiller votre température 2 fois par jour et appeler votre médecin traitant si signes aggravants
- Appeler le 15 si difficultés à respirer

► Que le test soit positif ou négatif :

- une information à l'assurance maladie via un site sécurisé sera faite par votre cabinet infirmier
- une attestation officielle de votre état vous sera remise

► Pour toute question : Numéro vert du gouvernement (7 jours / 7 et 24 heures / 24) : 0 800 130 000

J'autorise mon infirmière à effectuer le test nasopharyngé et à communiquer son résultat à mon médecin traitant et à l'assurance maladie .

Nom et prénom :

Identification infirmier

Signature