

FORMULAIRE TRACABILITE ET RESULTATS POUR TEST DEPISTAGE COVID 19

INFORMATIONS PATIENT		Num. de registre :
1. COORDONNEES ÉLÈVE Classe : Nom : Prénom : Date de naissance:/...../..... Sexe: H F Num SECU: Num portable: Mail:.....@..... RESPONSABLE LÉGAL Nom et prénom : Num portable :	2. LIEU DE RESIDENCE ACTUELLE Adresse postale:..... Code postal:..... Ville:..... <input type="checkbox"/> Hébergement individuel <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Résident EHPAD <input type="checkbox"/> Résident en milieu carcéral <input type="checkbox"/> Autre structure hébergement collectif	3. CIRCONSTANCES DU DEPISTAGE Professionnel de santé: OUI NON Date apparition des symptômes : <input type="checkbox"/> Asymptomatique Symptômes apparus : <input type="checkbox"/> le jour ou la veille du prélèvement <input type="checkbox"/> 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement <input type="checkbox"/> 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement <input type="checkbox"/> 5 a 28 jours avant prélèvement <input type="checkbox"/> il y a plus de 4 semaines

INFORMATIONS MEDECIN TRAITANT	
Nom :	Numéro de téléphone :

CONSENTEMENT	
<p><i>J'atteste avoir compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées et j'ai pu poser toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension. J'ai compris les réponses qui m'ont été apportées. Je n'ai pas été contraint ni influencé pour donner mon consentement. Je m'estime désormais éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte sa réalisation.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Fait à Paris leSignature.....</i></p>	

INFORMATIONS PRELEVEMENT ET TEST		
PHARMACIEN: Nom : Prénom : Date et heure du prélèvement :	<small>PHARMACIE CENTRALE DE PASSY</small> TAMPON: 38 rue de Passy 75116 PARIS TÉL : 01 42 88 21 68 FAX : 01 42 30 70 09 No 75 20 38 315	MATERIEL UTILISE: Marque et référence : Numéro de lot : Date de péremption:

Posez
le test
ici

RESULTATS	
<input type="checkbox"/> NEGATIF : respectez les gestes barrières (<i>masques, gels, distanciation physique</i>) Transmission <input type="checkbox"/> Sécu: TEL / AMELIPRO <input type="checkbox"/> Si Dep : OUI / NON	<input type="checkbox"/> POSITIF → Isolez vous immédiatement → Contactez votre médecin traitant → Listez les personnes que vous auriez vues récemment → Respectez les gestes barrières (<i>masque, gel, etc..</i>) → Boostez votre immunité (<i>vitamine C, probiotiques...</i>)