

# FICHE PATIENT

## TEST ANTIGENIQUE SARS-COV2

J'ai emporté mes papiers d'identité, ma carte vitale et mon attestation de Sécurité Sociale

Je me présente avec un masque et je respecte les gestes barrières

Patient N°

### Informations patient :

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : .....

Sexe :  Femme  Homme

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ (15 chiffres)

N° téléphone mobile : ... /... /... /... /... Numéro de téléphone fixe : ... /... /... /... /...

Courriel : ..... @.....

### Adresse du domicile :

N° ..... Rue : .....

Complément : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Pays : .....

### Exercice professionnel :

Département : ..... Circonscription : .....

Profession : .....

Etablissement d'affectation : .....

Adresse : .....

J'ai des symptômes : oui  non

Je suis identifié(e) comme contact à risque : oui  non

Je n'ai jamais été testé(e) : oui  non

J'ai une malformation ou chirurgie récente fosses nasales : oui  non

### Médecin traitant :

Nom : .....

Prénom : .....

DATE : .....

Signature :

Cette fiche patient doit être conservée et archivée

# FICHE PATIENT TEST ANTIGENIQUE SARS-COV2

## Informations patient :

Nom : .....

Prénom : .....

Patient N°

## Professionnel ayant réalisé le TAG

Fonction :

Nom :

Prénom :

## Informations sur la réalisation du TAG

Date et heure du test :

Nom, marque et référence du TAG :

N° du lot :

## Résultat du Test

**NEGATIF**

**POSITIF**

Information du patient :      oui       non

Orientation :                      Médecin traitant :      oui       non

Date :

Signature du professionnel de santé

**Cette fiche patient doit être conservée et archivée**