**ANNEXE 1**

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 : ……………………………………………………………………………………………

Tournez la page S.V.P. **⮵**

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

**🞎 J’ai des symptômes (perte de l’odorat, perte du gout, 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**