

Fiche patient mineur

Test antigénique infection SARS-Cov2 - page 2

N° patient :

Professionnel de santé ayant réalisé le TAG antigénique	
Nom :	
Prénom :	
Informations sur la réalisation du TAG	
Date et heure de réalisation du test :	
Nom, marque et référence du TAG :	
Numéro de lot :	

Résultat du test		
<input type="checkbox"/> POSITIF	<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉ	<input type="checkbox"/> NEGATIF

Information du représentant légal : oui non

Information du patient : oui non

Date :

Signature du professionnel de santé :

Cette fiche patient doit être conservée et archivée.