

## Fiche patient

Test antigénique infection SARS-Cov2 - page 1

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

N° patient :

### 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 de résidence principale :

N°..... Voie .....

Complément : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Pays : .....

### Exercice professionnel :

Département : .....

Profession : .....

Etablissement d'affectation : .....

Circonscription : .....

Adresse : .....

J'ai des symptômes :                      oui                       non

Je suis identifié comme contact à risque :                      oui                       non

J'ai été cas confirmé il y a moins de 2 mois :                      oui                       non

Malformations / chirurgie fosses nasales                      oui                       non

DATE : .....

Signature

Médecin traitant (Nom et Prénom) : .....

## Fiche patient

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 :	

Patient.e	
Nom :	
Prénom :	
NUMERO DOSSIER	

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

Information du patient :    oui     non

Date :

Signature du professionnel de santé :

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