

COVID-19 | **Formulaire de renseignements pour la réalisation d’un examen virologique Covid-19**

1. **Salarié concerné**

***Les champs munis d’une \* sont obligatoires***

Nom de naissance\* : *(jeune fille)*

Nom d’usage : *(marital)*

1er prénom\* :

Date de naissance\* *(00/00/0000)* : / /

Sexe\* : Femme Homme Âge :

Je suis professionnel intervenant dans le système de la santé : Oui Non

Numéro de sécurité sociale *(15 chiffres)* :

N° téléphone mobile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° téléphone fixe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*La mention de votre téléphone mobile et de votre courriel est essentielle pour permettre de vous contacter rapidement en cas de test positif et assurer un envoi rapide des résultats.*

1. **La ou les raisons pour laquelle je me fais dépister et mon état de santé**

* 1. Je dispose d’une prescription médicale pour réaliser mon test antigénique (non obligatoire).
* 2. J’ai des symptômes (perte de l’odorat, perte du goût, fièvre, toux…) et ils sont apparus :
  + - * 2.1. Moins de 4 jours avant le prélèvement.
      * 2.2. Plus de 4 jours après le prélèvement.
* 3. Je n’ai pas de symptômes.
* 4. Je ne suis pas un cas contact selon l’Assurance Maladie.
* 5. Je n’ai pas subi d’opérations nasales récentes, ne souffre pas d’une déformation de la cloison nasale.

Attention : si vous avez des symptômes depuis plus de 4 jours ou que vous ne pouvez pas confirmer le point 5, alors le test antigénique n’est pas adapté à votre état de santé, vous devez réaliser un test RT-PCR en laboratoire.

**Mon adresse de résidence principale**

Numéro : Voie :

Complément :

Code postal : Commune :

Pays :

Si je réside actuellement dans un autre département que celui de ma résidence principale (ou que je prévois dans les 7 prochains jours), j’indique le code postal du lieu de résidence temporaire :

**Pour la transmission de vos résultats à votre médecin traitant**

Prénom, nom et adresse de votre médecin traitant (si existant) :

**Avez-vous des remarques particulières à porter à la connaissance du CMIE ?**

1. **Consentement éclairé**

*J’ai 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.*

Signature du salarié :

1. **Traçabilité**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fournisseur, marque | Numéro de boite | Date de péremption |
|  |  |  |

1. **Résultat du test**

* Positif
* Négatif