

FICHE DE RENSEIGNEMENT SI-DEP



Remplissez ce formulaire avant la réalisation du test.

Date : / /

Informations sur le patient :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : Femme Homme

Professionnel de santé : Oui Non

Numéro de sécurité sociale :

Numéro de téléphone mobile :

Numéro de téléphone fixe :

Courriel : @

Adresse de résidence principale :

Adresse :

Complément :

Code postal :

Commune :

Pays :

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

Informations sur l'hébergement :

- Dans un hébergement individuel privé
 Dans une structure d'hébergement collectif
 Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre

Raison pour laquelle je me fais dépister :

- J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte de goût, fièvre, toux...) depuis le
 Je n'ai pas de symptômes mais je suis identifié comme cas contact
 Je n'ai pas de symptômes mais je suis identifié dans un cluster (endroit à risque)
 Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social
 Je dois bientôt faire un déplacement pour lequel un test est exigé
 Je suis professionnel de santé

Transmission des résultats :

Médecin traitant (nom et prénom) :

Signature :

- Je n'ai pas de maladies associées (diabète, hypertension, obésité...)

Testeur :

Test :

n° de Lot :

Résultat (TEST Compatible VOC 2020-12-01) :

Péremption :

Positif

Négatif

Indéterminé