

# Dépistage de la Covid-19 par test antigénique

## Formulaire de renseignements pour la réalisation de l'examen

---

**Vous allez réaliser un test diagnostique par prélèvement nasopharyngé. Il est rappelé que ce test a une valeur d'orientation du diagnostic et que quel que soit le résultat il ne dispense pas du strict respect des mesures barrières : port du masque, distanciation sociale, lavage régulier des mains.**

**Vous allez recevoir toutes les informations nécessaires à la réalisation de ce test et vous attestez par ce document avoir donné votre consentement.**

**Je, soussigné(e) (nom, prénom) \_\_\_\_\_**

**atteste avoir reçu les informations concernant la réalisation du TROD COVID-19 antigénique, notamment sur l'intérêt, les avantages et les limites du test.**

**J'ai compris l'ensemble des informations et autorise le professionnel de santé à réaliser un TROD COVID-19 antigénique.**

**J'ai compris que le résultat du TROD antigénique sera enregistré sur les plateformes mises à disposition par les autorités dans la lutte contre la propagation du virus.**

---

### Mes informations d'identité

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Mon numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Caisse de rattachement (CPAM, MSA, MGEN....) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

C.P : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Sexe : H  F

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

## Mon état de santé

**Motif du dépistage :** \_\_\_\_\_

J'ai des symptômes :      oui                                       non

    Si oui :      Depuis moins de 4 jours

                    Depuis plus de 4 jours

**Quels symptômes :**

    Fièvre

    Signes respiratoires (toux, essoufflement...)

    Nez qui coule, maux de gorge

    Fatigue importante

    Perte de goût

    Perte d'odorat

    Maux de tête

    Courbatures/douleurs musculaires

    Diarrhée

    Autre : \_\_\_\_\_

**Je présente des facteurs de risques** de faire une forme grave de la Covid-19 (diabète, obésité, grossesse, antécédents cardio-vasculaires, pathologie respiratoire, cancer en cours de traitement...) :

    Oui

    Non

**J'ai une pathologie chronique :**

    Oui

    Non

    Si oui laquelle ? \_\_\_\_\_

Signature :