



Avant de réaliser mon examen de dépistage de la COVID-19, je pense à :

- ✓ Me munir d'une pièce d'identité, de ma carte vitale ou de mon attestation de sécurité sociale.
- ✓ Me présenter dans le lieu de dépistage avec un masque et respecter les gestes barrières.
- ✓ Remplir ce formulaire de pré-enregistrement, permettant de gagner du temps et réduire les files d'attente. Je peux le remplir sur ordinateur puis l'imprimer, ou l'imprimer et le remplir à la main. Ce formulaire sera également disponible au laboratoire.

Les champs munis d'une * sont obligatoires

Mes informations d'identité et mes coordonnées de contact :

Nom de naissance* : (jeune fille)

Nom d'usage : (marital)

1er prénom* :

Date de naissance* : Jour (2 chiffres) - Mois (2 chiffres) - Année (4 chiffres)

Sexe* : Femme Homme

Je suis un professionnel intervenant dans le système de 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.

La ou les raisons pour laquelle je me fais dépister* :

- Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test de dépistage de la COVID-19
- J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus :
 - Moins de 24h avant le prélèvement
 - Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
 - 2,3 ou 4 jours avant le prélèvement
 - Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
 - 5,6 ou 7 jours avant le prélèvement
 - Plus de quatre semaines avant le prélèvement
- J'ai été appelé par un enquêteur sanitaire
- J'ai reçu une notification de TousAntiCovid
- Je suis un professionnel intervenant dans le système de santé
- J'ai fréquenté un endroit ou une personne à risque (rassemblement collectif, etc.)
- Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement médico-social
- Je prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé
- Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative

Les informations concernant mon hébergement:

Je suis actuellement hébergé(e):

- Dans un hébergement individuel privé À l'hôpital En EHPAD
 En milieu carcéral Dans une autre structure d'hébergement collectif (caserne, foyer, ...)
 Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre

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 le prévois dans les 7 prochains jours): Code postal du lieu de résidence temporaire

Pour la transmission de vos résultats à votre médecin traitant:

Prénom et nom de votre médecin traitant ou prescripteur:

Code postal de votre médecin traitant ou prescripteur:

N° RPPS de votre médecin traitant ou prescripteur (si possible):

(11 chiffres, généralement affichés sur les ordonnances et affichés sur <https://annuaire.sante.fr/>)

Si je reviens d'un voyage dans un pays étranger dans les 14 derniers jours:

Pays de départ*:

Avez-vous des remarques particulières à porter à la connaissance du professionnel de santé qui va réaliser le test ?

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

