

Fiche Traçabilité tests antigéniques

Avant toute chose, poser les questions d'éligibilité par téléphone, en cas de demande de rendez-vous à domicile

| | | |
|---|------------------------|--|
| Nom : | Prénom : | Nom de jeune fille : |
| Téléphone : | Nom médecin traitant : | |
| Adresse : | | Hébergement individuel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| N°SS : | Date de naissance : | |
| Mail : | | |
| Traitement anticoagulant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Chirurgie nasale ou déviation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Questionnaire d'éligibilité :

► Asymptomatique, vous êtes éligible si :

- ◆ Vous n'êtes pas cas contact
- ◆ Vous n'êtes pas identifié dans un Cluster

Vous pouvez vous faire tester mais vous n'êtes pas prioritaires.

► Symptomatique, vous êtes prioritaires si :

- ◆ Vos symptômes datent de – de 4 jours

Si vous remplissez ce critère, nous pourrons vous tester conformément à l'arrêté du 16 novembre 2020

| | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| TROD anti génique nasopharyngé pour la détection du SARS-CoV-2 | | |
| Numéro de lot : | Date : | Heure : |
| Résultat du test : | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif |

Si le test est positif, vous avez été informé que :

Vous devez contacter votre médecin traitant ;

Vous devez lister les personnes contacts possibles 48 heures avant le début des signes

Vous devez surveiller votre température 2/ jour, appeler votre médecin traitant si les signes s'aggravent ;

Et appeler le 15 si vous présentez des difficultés à respirer.

Ce résultat sera transmis au médecin traitant et à l'Assurance Maladie par messagerie sécurisée ou par téléphone

Si le test est négatif malgré les symptômes, un test PCR devra être pratiqué.

◆ J'autorise un professionnel à effectuer les tests nasopharyngés et à communiquer son résultat à mon médecin traitant et à l'Assurance Maladie. J'ai pris connaissance des consignes de surveillance.

Nom :

Prénom :

Identification professionnel de santé :

Signature :

(Faire en double exemplaire, un à conserver, un pour le patient)