

J'ai emporté mes papiers d'identité, ma carte vitale et mon attestation de sécurité sociale

Je me présente avec un masque et je respecte les gestes barrières

N° patient :

Informations patient :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Sexe : Femme Homme

Numéro de sécurité sociale : _____ (15 chiffres)

N° téléphone mobile :

Numéro de téléphone fixe :

.....

Courriel : @.....

Adresse de résidence principale :

N°..... Voie

Complément :

Code postal :

Commune :

Pays :

Exercice professionnel :

Département :

Profession :

Etablissement d'affectation :

Circonscription :

Adresse :

J'ai des symptômes : oui non

Je suis identifié comme contact à risque : oui non

J'ai été cas confirmé il y a moins de 2 mois : oui non

Malformations / chirurgie fosses nasales oui non

DATE :

Médecin traitant (Nom et Prénom) :

Signature

Fiche patient

Test antigénique infection SARS-Cov2 - page 2

N° patient :

Professionnel de santé ayant réalisé le TAG antigénique

Nom :

Prénom :

Informations sur la réalisation du TAG

Date et heure de réalisation du test :

Nom, marque et référence du TAG :

Numéro de lot :

Patient.e

Nom :

Prénom :

NUMERO DOSSIER

Résultat du test

POSITIF

NEGATIF

Information du patient : oui non

Date :

Signature du professionnel de santé :

Cette fiche patient doit être conservée et archivée.