

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 :

.....

.....

Sexe : H F

Nom du médecin traitant :

