

**Vous avez réalisé un test de dépistage:** ☐ Covid 19 ☐ Grippe ☐ Autre: .....

### INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... N° de sécurité sociale : .....  
 N° de téléphone : ..... Email : .....  
 Nom du médecin désigné par le patient : .....

### INFORMATIONS RELATIVES AU TEST

#### Infirmier(e)

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date et heure de réalisation du test : .....  
 .....

#### Matériel utilisé

Nom du fabricant : .....  
 Marque et référence : .....  
 Numéro de lot : .....  
 Date de péremption : .....

**RESULTATS** (Nous vous invitons à adresser ce résultat à votre médecin traitant)

☐ **POSITIF** : Il est important d'éviter le contact avec les personnes fragiles, de respecter les gestes barrières, surveillez votre état de santé et consultez éventuellement votre médecin.

☐ **NEGATIF** : Vous pouvez être porteur du virus en faible quantité ou non encore détectable. Vous pouvez donc transmettre le virus à d'autres personnes. Si vous êtes symptomatiques continuez à observer les gestes barrières.

**NB : transmettre un exemplaire au patient et en conserver un exemplaire**

**Signature de l'infirmier**

### PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

