

RESULTATS DES TESTS ANTIGENIQUES

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



Se laver régulièrement
les mains ou utiliser une solution
hydro-alcoolique



Tousser ou éternuer dans son coude
ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir
à usage unique puis le jeter



éviter de se toucher
le visage



Respecter une distance d'au moins
un mètre avec les autres



Saluer sans serrer la main
et arrêter les embrassades



Porter un masque quand la distance
d'un mètre ne peut pas être respectée
et dans tous les lieux où cela est obligatoire



Limiter au maximum
ses contacts sociaux
(6 maximum)



Aérer les pièces 10 minutes,
3 fois par jour



Utiliser les outils numériques
(TousAntiCovid)