

## Dépistage de la Covid-19 utilisant les tests rapides antigéniques sur prélèvement naso-pharyngé

*Formulaire de renseignements pour la réalisation de l'examen*

### Avant de réaliser mon examen, je pense à :

- ✓ Me munir de ma carte d'étudiant et de ma carte vitale
- ✓ Me présenter sur le site de dépistage avec un masque et respecter les gestes barrières.
- ✓ Remplir ce formulaire de pré-enregistrement, permettant aux équipes de prélèvement et d'analyse de gagner du temps et réduire les files d'attente.

### Mes informations d'identité et mes coordonnées de contact

Nom de naissance : ( <i>jeune fille</i> )	<input type="text"/>
Nom d'usage : ( <i>marital</i> )	<input type="text"/>
1er prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance : Jour <input type="text"/> ( <i>2 chiffres</i> ) Mois <input type="text"/> ( <i>2 chiffres</i> ) Année <input type="text"/> ( <i>4 chiffres</i> )	

N° Sécurité Sociale :

Sexe :  Femme  Homme

### Recueil du consentement :

proposé : Oui  Non

La personne, après avoir pris connaissance de la fiche d'information, consent au test rapide d'orientation diagnostique et au recueil de ses données par/pour le SSU.

### Mon adresse de résidence principale :

Numéro : Voie :  
Code Postal : Commune :

### Les informations concernant mon hébergement :

- Dans un hébergement individuel privé  Dans une autre structure d'hébergement collectif  
Résidence CROUS Oui  Non

N° téléphone mobile :

N° Téléphone fixe :

Courriel :

La mention de votre téléphone mobile et de votre courriel est essentielle pour permettre de vous contacter rapidement en cas de test positif.

**Facteurs de risque et/ou symptômes évocateurs de COVID-19 :**

**J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, etc.) et ils sont apparus :**

- Moins de 24h avant le prélèvement
- Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
- 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
- Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
- 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
- Plus de quatre semaines avant le

**En cas de symptôme(s), merci de préciser le ou lesquels :**

- Fièvre ou sensation de fièvre
- Signes respiratoires, comme une toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression dans la poitrine
- Le nez qui coule, un mal de gorge
- Une fatigue importante inexplicée
- Une perte du goût
- Une perte de l'odorat
- Des maux de tête
- Des courbatures et/ou des douleurs dans les muscles
- Une diarrhée avec au moins 3 selles molles dans la journée
- Autre : .....

- J'ai fréquenté un endroit ou une personne à risque** (rassemblement collectif, contact avec personne atteinte de COVID19, etc.)

**Avez-vous des remarques particulières à porter à la connaissance du personnel ?**

.....

.....

.....



