MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT POUR LA RÉALISATION D'UN AUTOTEST SOUS LA SUPERVISION DE PROFESSIONNELS COVID-19

L'autotest est réservé aux personnes asymptomatiques et qui ne sont pas cas-contact.

- **Se présenter avec un masque et respecter les gestes barrières durant toute la procédure.**
- **Présenter un papier d'identité (passeport, carte d'identité, permis de conduire).**
- **Remplir ce formulaire avant la réalisation du test.**

Date : .....

Informations patient :

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme Numéro de sécurité sociale

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

N° téléphone mobile* : .....

**(Veuillez indiquer votre numéro de téléphone ou celui d'une personne de confiance.)*

Courriel* : ..... @ .....

**(Veuillez indiquer votre courriel ou celui d'une personne de confiance.)*

Adresse de résidence principale :

Code Postal : .....

Pays : .....

☐ **Je certifie ne pas présenter de symptôme d'infection de la Covid-19 et ne pas être sujet contact d'un cas confirmé de Covid-19.**

☐ **En cas de résultat positif au test, je m'engage à réaliser un test RT-PCR de confirmation dans les meilleurs délais.**

Signature :

DGS/DGOS_06/08/2021