

# Fiche patient

N° patient :



**ACADÉMIE  
DE GRENOBLE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## Test antigénique infection SARS-Cov2 - page 1

J'ai emporté mes papiers d'identité, ma carte vitale et mon attestation de sécurité sociale Je me présente avec un masque et je respecte les gestes barrières.

Sauf opposition de votre part, les informations recueillies lors de la réalisation du test feront l'objet d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de la CPAM.

Si votre test est positif, la CPAM pourra être amenée à vous contacter pour établir avec vous la liste des personnes de votre entourage qui seraient susceptibles d'être considérées comme un contact à risque.

La CPAM se tient à votre disposition pour vous communiquer toutes informations nécessaires concernant les données de santé.

### Informations patient :

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

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

Sexe :  Femme  Homme

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ (15 chiffres)

N° téléphone mobile : ..... Numéro de téléphone fixe :

.....

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

### Adresse de résidence principale :

N° ..... Voie .....

Complément : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Pays : .....

### Exercice professionnel :

Département : .....

Profession : .....

Etablissement d'affectation : .....

Circonscription : .....

Adresse : .....

J'ai des symptômes : oui  non

Je suis identifié comme contact à risque : oui  non

J'ai été cas confirmé il y a moins de 2 mois : oui  non

Malformations / chirurgie fosses nasales oui  non

DATE : .....

Médecin traitant (Nom et Prénom) : .....

**Signature**

**Fiche patient (double ou photographie du document à remettre au patient)**

Test antigénique infection SARS-Cov2 - page 2

N° patient :

Professionnel de santé ayant réalisé le TAG antigénique	
Nom :	
Prénom :	
Informations sur la réalisation du TAG	
Date et heure de réalisation du test :	
Nom, marque et référence du TAG :	
Numéro de lot :	

Patient.e	
Nom :	
Prénom :	
NUMERO DOSSIER	

<b>Résultat du test</b>	
<input type="checkbox"/> <b>POSITIF</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEGATIF</b>

Information du patient :    oui     non

Date :

Signature du professionnel de santé :

**Cette fiche patient doit être conservée et archivée.**