



Pass sanitaire vérifié :

- Vaccins
- Certificat de rétablissement
- Message Sécurité Sociale

Tél :

Renseignements :

	TEST ANTIGÉNIQUE	AUTOTEST
DATE/...../20...../...../20.....
RÉSULTAT		

Voyage dans les 14 jours précédents : PAYS :

Cas contact

➤ Date du dernier contact :/...../.....

Professionnel de santé

Bilan pré-opératoire

Autre :

Symptômes : Oui Non

➤ Date de début de symptômes :/...../.....

Fièvre

Céphalées

Toux

Fatigue intense

Perte goût et/ou odorat

Autre :

Consentement du patient :

Acceptez-vous que le résultat de votre test soit transmis à l'assurance maladie via le SI-DEP ?

Oui (réception du QR CODE = résultat sur votre smartphone)

Non (absence de réception du QR CODE)