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 le cas échéant
	+ 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. ***t***



**Mes informations d'identité et mes coordonnées de contact :**

**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

**Mon adresse de résidence principale :**

Numéro : Voie :

Code Postal : Commune :

**Les informations concernant mon hébergement :**

□ Dans un hébergement individuel privé

**N° Téléphone fixe :**

□ Dans une autre structure d’hébergement collectif

Résidence CROUS Oui □ Non □

**N° téléphone mobile :**

*Tournez la page s.v.p*

**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 gout, fièvre, etc.) et ils sont apparus** :
* Moins de 24h avant le prélèvement
* Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
* Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
* Plus de quatre semaines avant le prélèvement
* 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
* 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement

**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 inexpliquée
* 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 ?**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

