

Formulaire de renseignements pour la réalisation d’un examen virologique concernant laCOVID-19

​​***Pharmacie Homéopathique de l'Europe***

***31 rue d'Amsterdam​ -75008- Paris***

***Tel : 01 48 74 74 91***

**En Pharmacie d’officine**

**Avant de réaliser mon examen en pharmacie, je pense à:**

✔ Me munir d'une pièce d'identité, de ma carte vitale ou de mon attestation de sécuritésociale.

✔ Me présenter à la pharmacie avec un masque et respecter les gestesbarrières.

✔ Remplirceformulairedepré-enregistrement,permettantà la pharmaciedegagnerdutempsetréduireles filesd'attente.Jepeuxleremplirsurordinateurpuisl'imprimer,oul'imprimeretlerempliràlamain.

Ce formulaire sera également disponible en pharmacie.

Les champs munis d'une \* sont obligatoires.

**La ou les raisons pour laquelle je me fais dépister et mon état de santé:**

☐1 - Je dispose d’une prescription médicale pour réaliser:

 ☐1.1 - Un test antigénique (non obligatoire). ☐ **1.2** - Un test RT-PCR ☐ 1.3 -Aucune prescription

☐2 - Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative.

☐**3** - J’ai des symptômes (perte de l’odorat, perte du gout, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus :

☐3.1 - Moins de 24h avant le prélèvement. ☐ 3.2 - 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement

 ☐**3.3** - Plus de 4 jours après le prélèvement.

☐4 - Je n’ai pas de symptômes.

☐**5** - Je suis un cas contact selon l’Assurance Maladie (15 min à moins d’1 mètre sans masque).

☐6 - Je dois bientôt rentrer à l’hôpital (intervention chirurgical…), en EHPAD ou en établissement social.

☐7 - Je prends prochainement un transport et me rend dans un pays **pour lequel un test antigénique est accepté**.

☐8 - Je souffre d'une maladie chronique ou fragilisant mon système immunitaire

 ☐8.1 – Oui ☐8.2 – Non

☐**9** - Je prends des anticoagulants (Oraux ou IV).

☐**10** - Je suis une femme enceinte au 3ème trimestre de grossesse.

☐**11** – J’ai subi une opération nasale récente et/ou souffre d’une déformation de la cloison nasale (nez cassé…).

**☐ Non**

**☐ Oui**

**☐ Homme**

**Mes informations d'identité et mes coordonnées de contact : Nom de naissance\*:** *(jeune fille)*

**Nom d'usage :** *(marital)*

**1er prénom\*:**

**Date de naissance\*:**

**Age**

**Sexe\*:**

**☐ Femme**

**Je suis professionnel intervenant dans le système de santé :**

**Numéro de sécurité sociale:**

*(15 chiffres)*

**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 et assurer un envoi rapide des résultats.*

**Attention si vous avez une prescription pour un test RT–PCR, des symptômes depuis plus de 4 jours ou que vous confirmez les points 5, 9, 10 et 11 : alors le test antigénique n'est pas adapté à votre état de santé et/ou besoins, vous devez réaliser un test RT-PCR en laboratoire.**

☐ Je ne sais pas ou ne souhaite pas répondre

☐Dans une autre structure d’hébergement (caserne, foyer, ...)

☐En milieu carcéral

☐Dans un hébergement individuel privé

**Les informations concernant monhébergement:**

☐A l’hôpital

☐En EHPAD

**Mon adresse de résidence principale\* :**

Numéro

Voie

Complément

Code postal

Commune

Pays

**Si je réside actuellement dans un autre département que celui de ma résidence principale (ou que je le prévois dans les 7 prochains jours) :**

Code postal du lieu de résidence temporaire

chhvhvcd

**Pour la transmission de vos résultats à votre médecin traitant :**

Prénom et nom de votre médecin traitant (si existant) :

|  |
| --- |
| **Avez-vous des remarques particulières à porter à la connaissance de la pharmacie?** |
|  |

