**FICHE TRACABILITE PATIENT Date :**

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS PATIENT** |
| Nom  |  | Nom naissance |  |
| Prénom |  | Date naissance |  |
| Adresse |  |
| Téléphone patient  |  | Mail patient |  |
| Nom du médecin traitant |  | Téléphone |  |

**Rappels sur les tests antigéniques COVID-19 (TROD) :**

Le test antigénique permet de détecter les protéines que produit le virus, à partir d’un prélèvement nasopharyngé. Il cherche à déterminer si la personne est infectée par le virus au moment du test. Ce test est destiné à une orientation diagnostique. Il est plus rapide qu’un test PCR mais moins sensible. Du coup, il ne doit pas être pratiquer si vous êtes considérés comme cas contact ou si vous avez des symptômes depuis plus de 4 jours.

 **Consentement du patient :**

O Je reconnais avoir été pleinement et précisément informée de l’intérêt et des objectifs du test antigénique COVID-19 proposé

O Je suis asymptomatique mais ne suis pas un cas contact , ni dans un cas cluster

O Je suis symptomatique depuis moins de 4 jours

O Je n’ai pas eu de chirurgie rhinopharyngée dans les 15j

O Si je suis symptomatique et à risque de forme grave\*, et que le test est négatif, je devrai réaliser un test PCR.

***Date et signature***

\*à risque de forme grave : **plus de 65 ans, obésité, diabète non équilibré, Maladie cardiovasculaire, immunodéprimés, insuffisance rénale, cancer sous traitement, cirrhose, grossesse (T3)**

|  |
| --- |
| **TROD de détection antigénique du COVID 19** |
|  Nom du pharmacien |  |  |  |
| Fabricant | BIOSYNEX | N°de lot péremption | 2010159 |
| Date de réalisation |  | Heure de réalisation |  |
| Résultat | POSITIF :Isolez-vous, contactez votre médecin, listez les personnes contact | NEGATIF :Respectez les gestes barrières |