



### PATIENT

#### Données Patients

Nom : ..... Sexe :  F  M  
 Nom de naissance : ..... Adresse : .....  
 Prénom : ..... Ville : ..... CP : .....  
 Date de naissance : ...../...../..... Tel : .....  
 Médecin traitant : .....

\*Hébergement :  Hospitalisation  Individuel  EHPAD  
 \*Professionnel de santé :  Oui  Non

### MOTIFS

\*Symptômes :  Oui  Non  
 Si Oui : depuis combien de jours : .....  
 \*Cas contact :  Oui  Non  
 \*Pass Sanitaire / Voyage / Hospitalisation :  Oui  Non  
 \*Test antigénique positif ou autotest positif :  Oui  Non

### AUTRES RENSEIGNEMENTS

\*Retour de l'étranger :  Oui  Non  
 Si Oui, dans quel pays avez-vous voyagé dans les 14 derniers jours : .....  
 \*Vaccination :  Oui  Non  
 Si Oui :  1 dose (Date de l'injection : ..... ) ou  
 2 Doses (Date de la 2e injection.....) ou  
 3 Doses (Date de la 3e injection.....)  
 4 Doses (Date de la 4e injection.....)  
 COVID-19 POSITIF :  Oui  Non  
 Si oui, date : .....

\*Remboursement (merci de cocher la ligne correspondante)

Indications de prise en charge	Justificatifs à présenter
Mineurs (jusqu'à 18 ans)	Pièce d'identité justifiant l'âge
Patient présentant une prescription médicale	Prescription médicale
Personnes vaccinées (schéma vaccinal complet)	Certificat de vaccination (papier ou sur TousAntiCovid)
Certificat de rétablissement	Tests positifs de plus de 72h et de moins de 4 mois
Personnes contacts identifiées et notifiées par l'Assurance Maladie	Présentation du SMS ou mail de l'Assurance maladie
Elèves cas contact de plus de 18 ans	Courrier Type de l'Education Nationale
Confirmation d'un test antigénique positif	Document de test antigénique positif de moins de 48h

\*toutes les lignes doivent être cochées

### CADRE RESERVE AU PRELEVEUR

Visa du préleveur : .....  
 Heure du prélèvement : .....