



# FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS POUR LA RÉALISATION D'UN TEST ANTIGÉNIQUE COVID-19

Date du prélèvement :

.....

### Je suis vacciné-e :

- 1ère injection    nom du vaccin : ..... date : .....
- 2ème injection    nom du vaccin : ..... date : .....
- 3ème injection    nom du vaccin : ..... date : .....
- NON

### J'ai déjà eu la COVID :

- NON                                     OUI, date : .....

## MES INFORMATIONS

(EN MAJUSCULE)

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : .....

Établissement ou UFR : .....

*(exemples, si je suis étudiant-e : UFR Droit, ou IMT Atlantique...)*

Courriel : .....@.....

Je suis :

- Femme    Homme    Autre

Je suis :

- Étudiant-e    Personnel universitaire    Autre

N° téléphone : .....

N° de sécurité sociale :

.....

Année d'étude : .....

*(exemples si je suis étudiant-e : L1, ou ING2...)*

## MON ADRESSE

N° : .....    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 .....

## LES INFORMATIONS CONCERNANT MON HÉBERGEMENT

- J'habite chez mes parents             Je suis en colocation ou en famille (précisez le nombre de personnes dans le foyer: .....)
- Dans une structure d'hébergement collectif (Cité U, hôpital...)
- J'habite seul-e                             Je ne souhaite pas répondre

## LA OU LES RAISON-S POUR LAQUELLE-S JE ME FAIS DÉPISTER

- J'ai ou j'avais, des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux... ) depuis le .....
- Je suis cas contact :     avec symptômes     sans symptômes
- Il y a un cas positif dans mon entourage
- J'ai besoin d'un test
- Je me fais dépister de ma propre initiative
- Autre : .....

*réservé au médecin ou infirmière*

## RÉSULTAT DU TEST

**NÉGATIF**

**POSITIF**

*feuille de soin réalisée :*

**OUI**

**NON**