



# 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 : .....	Je suis : <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Autre
Nom d'usage : .....	Je suis : <input type="radio"/> Étudiant·e <input type="radio"/> Personnel universitaire <input type="radio"/> Autre
Prénom : .....	N° téléphone : .....
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : .....	N° de sécurité sociale : .....
Établissement ou UFR : ..... <small>(exemples, si je suis étudiant·e : UFR Droit, ou IMT Atlantique...)</small>	Année d'étude : ..... <small>(exemples si je suis étudiant·e : L1, ou ING2...)</small>
Courriel : .....@.....	

## 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**