



Date/...../.....

Identification du PATIENT

DN

Nom de naissance Nom d'épouse

Prénom Sexe M F

Date de naissance/...../.....

N° de Téléphone

Commune de résidence Quartier

Île (si autre que Tahiti)

Résultat du TEST ANTIGENIQUE :

Négatif Positif Non effectué

CONTEXTE

Symptomatique

Date de début des symptômes/...../..... Symptômes.....

Cas CONTACT Asymptomatique { Date du dernier contact/...../.....

Cas CONTACT Symptomatique

Mission Préciser :

TEST pour VOYAGE Préciser :

Evasan/pré- hospitalisation Préciser :

Dans le cadre de la détection des nouveaux variants : informations OBLIGATOIRES

Notion d'antécédent de voyage HORS Polynésie Française dans les 14 jours

Contact à risque avec une personne ayant séjourné à l'étranger dans les 14 jours suivant son retour

Autre situation potentiellement à risque de diffusion de nouveaux variants du SARS-CoV-2

Précisions.....

* Voir guide de prescription Covid

Identification du prescripteur

Nom

Téléphone

Tampon et signature