Les Centres GHESKIO

Demande d'examen COVID-19 pour Voyageurs

INSTRUCTIONS : Merci de compléter la partie supérieure de la forme avant de vous présenter pour le prélèvement

Nationalité_____ Date prévue de départ: _____/_____/2020
Jour Mois

Nom: _____ Prénom: _____ Sexe : □ M □ F

Date Naiss. : ____/_____/_____ Age : _____Années _____Mois (pour les <1 an)

Téléphone : _____

Adresse : _____

Avez des symptomes suggestifs de la COVID-19 : □ Oui □ Non

PARTIE INFÉRIEURE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Nature prélèvement	Date et heure du prélèvement
OP: Oro-Pharyngé	_____/____ / 2020, ____H____M Jour Mois
NP: Naso-Pharyngé	_____/____ / 2020, ____H____M Jour Mois

Nom du demandeur : _____Date : _____/____ / 2020
Jour Mois

Nom du collecteur : _____Date : _____/____ / 2020
Jour Mois

N.B : Les Centres GHESKIO déclinent toute responsabilité sur les suites des résultats des tests réalisés pour autorisation de voyage.