

MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT & EN LETTRES CAPITALES

Test antigénique Test PCR Test salivaire Analyse de sérologie

Les prélèvements PCR / Sérologie et les données nécessaires seront transmises à la Fondation Admed qui réalisera l'analyse et se chargera, le cas échéant, de vous transmettre le certificat et le QR-code. Si le médecin traitant est indiqué, les résultats lui parviendront également.

Test PCR : seul un résultat négatif au test PCR donne droit à un certificat et à un QR code

Analyse de sérologie : seul un résultat positif à l'analyse de sérologie donne droit à un certificat et à un QR-code

ASSURANCE

Assurance (Base):	_____																				
N°carte assurée:	<table border="1"><tr><td>8</td><td>0</td><td>7</td><td>5</td><td>6</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	8	0	7	5	6	0														
8	0	7	5	6	0																

COORDONNEES

Nom:	_____	Prénom:	_____										
Adresse:	_____												
Code postal:	_____	Localité:	_____										
Date de naissance:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
Sexe:	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>									
Téléphone portable:	_____												
Email en MAJUSCULE	_____												
Médecin traitant :	_____												

CODE DE TRANSFERT APPLICATION COVID CERTIFICATE

<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

MOTIF DU DEPISTAGE

Test antigénique	<input type="checkbox"/>	Personne asymptomatique
	<input type="checkbox"/>	Personne symptomatique
Test PCR	<input type="checkbox"/>	Personne asymptomatique (voyage, etc.)
	<input type="checkbox"/>	Personne symptomatique
Sérologie	<input type="checkbox"/>	Personne asymptomatique
	<input type="checkbox"/>	Personne symptomatique

Les tests PCR (voyage) ainsi que les analyses de sérologie sont payants.

Les tests antigéniques pour les personnes ne possédant pas d'assurance maladie en Suisse sont payants.

MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT & EN LETTRES CAPITALES
RENSEIGNEMENTS

Symptômes / Depuis le						

Vaccination	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, 1 dose	<input type="checkbox"/>	Oui, 2 doses
		Date	_____	Date	_____	
		Type de vaccin	_____			
Avez-vous des maladies chroniques	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
Etes-vous enceinte	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
Travaillez-vous dans le domaine de la santé?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
Episode de Covid documenté antérieur	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
		Date	_____			

Par votre signature, vous attestez que :

- les informations figurant sur ce formulaire correspondent **précisément** à celles figurant sur votre pièce d'identité;
- le numéro de téléphone est bien celui sur lequel doivent parvenir les informations d'accès au QR-code;
- l'adresse e-mail est bien celle sur laquelle peut vous parvenir le QR-code en cas d'indisponibilité du téléphone mobile

Si les conditions ci-dessus ne sont pas respectées, les Infirmières Indépendantes Neuchâtel et la Fondation Admed ne peuvent être tenues pour responsables en cas de problème de contenu du QR-code ou de problème de transmission de celui-ci, ni de toute complication qui pourrait découler d'une indisponibilité de ces éléments.

Lieu et date:
Signature:

Données vérifiées (nom, prénom, date de naissance, sexe, téléphone, email)

OK

Nom et prénom du testeur:

Résultat:

Négatif

Positif

Transmissions du résultat

Application COFAST

Papier

Paiement

Comptant

Caisse maladie