



## PHARMACIE PARAPHARMACIE RIVE DROITE MURET

40 Avenue Roger Tissandié, 31600 Muret

TEL: 05 61 51 00 35

FAX: 05 61 51 14 95

Email: pharmacie.rivedroitemuret@gmail.com

### Formulaire de renseignements

**Consentement du patient :** oui non  
**Consentement pour la transmission des résultats au médecin :** oui non

**Date et heure de prélèvement :**

Qui a prélevé et analysé :

Test utilisé (marque, ref, lot, péremption) :

**Concernant le patient :**

Médecin traitant (Nom Prénom RPPS) :

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Sexe : Femme Homme

Date de naissance :

Téléphone mobile :

Courriel :

Adresse n° et rue :

Code postal :

Ville :

Pays :

Numéro de SS :

**En cas de résidence temporaire actuelle différente de la résidence principale ou de voyage prévu dans les 7 prochains jours :**

Code postal du lieu de résidence temporaire :

Département de la résidence temporaire :

Pays du lieu de résidence temporaire :

**En cas de retour d'un pays étranger dans les 14 derniers jours :**

Pays de provenance :

**Autres informations :**

Date d'apparition des premiers symptômes :

Lieu de résidence actuel : Dans un hébergement individuel privé  
Dans une structure d'hébergement collectif  
A l'hôpital  
En EHPAD  
En milieu carcéral  
Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre

**Le patient est un professionnel de santé :** oui non

**Résultat :** positif négatif indéterminé ou non conforme

**Signature**