

**Type de test:**

- PCR par frottis individuel
- PCR salivaire individuel
- Test rapide antigénique
- PCR groupé (pooling)

Motif du test:

- Propre intérêt (voyage, etc.)
- Visite dans un EMS
- Quarantaine/ traçage de contact
- Symptômes
- Analyse de confirmation

Certificat COVID:

- oui
- non
- Langue: Fr De It Ro
- Code de transfert: _____

Description des symptômes: (depuis plus de 4 jours: oui / non)

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rhume | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Maux de gorge |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer | <input type="checkbox"/> Perte de l'odorat ou du goût |
| <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Fatigue, faiblesse générale |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Courbatures | <input type="checkbox"/> Autres symptômes: _____ |

Critères d'inclusion et d'exclusion:

1. Avez-vous des antécédents médicaux? Prenez-vous des médicaments? Êtes-vous enceinte? Oui Non
(maladies cardiovasculaires, diabète, troubles de la coagulation, maladies respiratoires, cancer, obésité, pathologies rénales ou hépatiques, etc.)
2. Travaillez-vous dans le secteur de la santé en contact direct avec des patients? Oui Non
3. Avez-vous subi récemment une intervention chirurgicale du nez, souffrez-vous d'une déviation de la cloison nasale ou d'un rétrécissement chronique des fosses nasales? Oui Non
4. Êtes-vous complètement vacciné(e) contre le COVID-19? Oui Non

Étiquette pour le dossier client:

Prénom:
 Nom:
 Date de naissance:
 Numéro de téléphone:
 N° carte d'assurance 80756.....

Information et consentement:

La signature confirme resp. accepte ce qui suit:

- l'exactitude et l'exhaustivité des informations données*
- le consentement au traitement des données*
- le consentement au prélèvement et à la réalisation du test*

* voir explications séparées sur feuille annexe

Date: _____

Signature: _____

A remplir par la pharmacie

Facturation:

- À la charge de la/du client-e
- Coûts pris en charge par la CM

Documentation du test:

Numéro du test interne: _____ Roche Abbott Exécutant(e): _____

Date du prélèvement: _____ Heure: _____ Visa: _____

Résultat du test:

- positif** infos par rapport à quarantaine/isolément fourni Nécessite PCR de confirmation
- négatif** Certificat COVID établi
- Communic. du résultat à la personne testée (personnellement / dans l'application COVID / téléphone / e-mail / SMS)
- Déclaration à l'OFSP le: _____ à (heure): _____

Ce document doit être conservé pendant 10 ans au minimum ou conformément aux prescriptions

Information et consentement: explications

Par votre signature, vous vous déclarez d'accord avec les points suivants:

- Toutes les données saisies dans le questionnaire sont complètes et véridiques.
- Vous avez reçu des informations concernant le test qui sera effectué ainsi que sur la signification des potentiels résultats.
- Vous consentez au prélèvement, au traitement des données, à la déclaration à l'autorité cantonale compétente et à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en cas de contact avec un médecin, à la transmission confidentielle de vos données patient à ce dernier ainsi qu'en cas de test PCR à ce qu'un laboratoire agréé soit chargé d'effectuer l'analyse.
- Si le résultat positif d'un test rapide antigénique doit être confirmé par PCR, vous autorisez un nouveau prélèvement d'échantillon et consentez à ce qu'un laboratoire agréé soit chargé d'effectuer l'analyse. Si le prélèvement de l'échantillon pour le test PCR n'est pas possible dans la même pharmacie, vous avez été informé(e) des autres options pour le test PCR.
- Vous avez été informé(e) des éventuels coûts à votre charge.
- Toutes les questions que vous aviez ont été abordées au préalable avec un spécialiste. Vous n'avez pas d'autres questions.

Pour les clients payants: coûts des tests dans notre pharmacie

Test PCR	CHF
Test rapide antigénique	CHF
Test PCR salivaire poolé (groupé)	CHF

De plus amples informations sont disponibles sur le site internet de l'OFSP



Coronavirus: tests



Coronavirus: vaccination



Coronavirus: certificat COVID

OFSP Infoline Coronavirus: +41 58 463 00 00, tous les jours de 6 h à 23 h

OFSP Infoline sur la vaccination COVID-19: +41 800 88 66 44, tous les jours de 6 h à 23 h