

## Demande de PCR COVID-19 pour voyages internationaux

Date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Identité patient

Nom\* \_\_\_\_\_

Prénom\* \_\_\_\_\_

Né(e) le\* \_\_\_\_\_

Genre  M  F

GSM\* \_\_\_\_\_

Rue\* \_\_\_\_\_

CP\* \_\_\_\_\_

Localité\* \_\_\_\_\_

Pays\* \_\_\_\_\_

N° national NISS\* \_\_\_\_\_

[scv3] Soignant  OUI  NON

### Identité personne responsable (si mineur)

Nom\* \_\_\_\_\_

Prénom\* \_\_\_\_\_

Lien de parenté\* \_\_\_\_\_

GSM\* \_\_\_\_\_

### Destination

Heure de départ \_\_\_\_\_

Heure d'arrivée \_\_\_\_\_

**Identité du médecin traitant \* :** \_\_\_\_\_

\* Obligatoires

**B19P** PCR SARS-CoV-2

- Je demande la réalisation d'un test PCR COVID-19 pour voyages internationaux
- Je confirme que le test est requis par un gouvernement étranger
  - Je donne mon accord pour que le test me soit facturé à 47.20 euros
  - Je m'engage à communiquer le résultat du test à mon médecin traitant
- Protocole en anglais

Signature du voyageur :