

Certificat du résultat d'un test antigénique COVID-19

Ce document certifie que le résultat suivant a été confirmé par un test antigénique qualitatif de COVID-19 par échantillon sur la personne ci-bas mentionnée.

Remplir ce document en lettres moulées

INFORMATIONS RELATIVES À LA PHARMACIE

Nom complet de la pharmacie: _____

Adresse complète					
	NUMÉRO CIVIQUE, RUE	VILLE	CODE POSTAL	PROVINCE	PAYS

Numéro de téléphone : (INDICATIF) (XXX-XXXX)

INFORMATIONS RELATIVES AU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Prénom et nom : _____

Titre: _____

INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT

Prénom et nom : _____

Date de naissance (AAAA-MM-JJ): _____

INFORMATIONS RELATIVES AU TEST ANTIGÉNIQUE QUALITATIF

Nom, modèle, fabricant: _____

Numéro de lot: _____ Date d'expiration: _____

Raison du dépistage (ex. : voyage, contact avec cas confirmé et asymptomatique, etc.):

Destination de voyage (si applicable): _____

Il est de la responsabilité du voyageur de vérifier les exigences en matières du type de test de dépistage de la COVID-19 avec les pays/états/provinces visités (incluant les escales) ainsi que la compagnie aérienne. Certaines exigences pour le transit sont applicables.

Résultat du test antigénique qualitatif COVID-19

Positif Négatif

Date (AAAA-MM-JJ) _____ Heure AM/PM _____

Si positif, le patient a été référé à une clinique de dépistage COVID-19 pour effectuer un test TAAN. L'isolement est requis jusqu'au résultat du test TAAN.

CERTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Signature: _____ Numéro de membre: _____

Ordre professionnel: _____