






PRESCRIPTION de TEST SARS-CoV-2**-Voyageur-**

Renseignements patients

 Nom et prénom : OM OF

 Date de naissance : .. / .. / N° NISS : 

Adresse : N° :


 CP :  Ville :

Téléphone : /

 **CHOISISSEZ VOTRE TEST**


(L'exigence du pays étranger est communiquée sur le site web des [Affaires Étrangères](#))



- Je choisis de réaliser un test PCR (Coût au voyageur: 47.18 euros)
- Je choisis de réaliser un test Antigène  (Coût au voyageur: 16.85 euros)
- Je choisis de réaliser un test PCR Urgent (<4h après arrivée au laboratoire) (Coût au voyageur: 100 euros)

 Destination du voyage :

 Date du voyage :  Heure de départ :

 Adresse e-mail pour envoi du résultat (en MAJUSCULES) :

 Veuillez noter que votre signature permettra de notifier (1) votre accord pour la facturation du test (2) votre engagement à communiquer le résultat du test à votre médecin traitant.

 Date :  Signature du voyageur pour accord :