Sur rendez-vous :

* Jolimont : Sur le site internet www.jolimont.be
* Lobbes : 071/59 93 20
* Nivelles : 067/88 52 11

Demande de test PCR COVID-19 pour les voyageurs à l’étranger

Nom : ………………………………………………………………………………………………

Prénom :………………………………………………………… Sexe : ……………….

Date de naissance :…………………………………………………………………………

Adresse :…………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….

Téléphone :…………………………………………………………………………………….

N° NISS (obligatoire) :……………………………………………………………………….

Adresse mail :…………………………………………………………………………………….

N° de passeport (obligatoire pour certains pays) : …………………………..............

N° de carte d’identité (obligatoire pour certains pays) : ……………………………………..

**Communication des résultats :**

* Envoi du rapport au médecin traitant  (à cocher) : **□ oui □ non**

 **Nom et prénom médecin traitant : ................................................................**

 **Adresse : .......................................................................................................**

* Envoi du rapport au patient par mail(à cocher) : **□ français □ anglais**

**Analyse demandée :**

* **Recherche de PCR COVID-19 (SARS-CoV-2) sur frottis naso-pharyngé**

**Je déclare que :**

* Le test est demandé dans le cadre d’un voyage à l’étranger
* Le test est requis par un gouvernement étranger (cfr. site web des [Affaires Étrangères](https://diplomatie.belgium.be/fr/Services/voyager_a_letranger/conseils_par_destination))
* Le test est à ma charge à hauteur de 47,18 euros
* Je m’engage à communiquer le résultat du test à mon médecin traitant

Pour accord, Date : ........................ Signature :