



- TROD ANGINE - FICHE TRAÇABILITÉ PATIENT

Nom et prénom du patient

Date de réalisation du test

Heure de réalisation du test

Nom et prénom du pharmacien ayant réalisé le test

TEST UTILISÉ

Nom

Fabricant

N° de lot

Péréemption

RÉSULTAT DU TEST

☐ POSITIF

☐ NÉGATIF

☐ NON CONCLUANT
*(y compris impossibilité
de prélèvement)*

J'ai bien été informé (e) que ce test ne constitue qu'une orientation diagnostique.

CONSEILS DE VOTRE PHARMACIEN :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tampon de l'officine

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



- TROD ANGINE - FICHE TRAÇABILITÉ PATIENT

Nom et prénom du patient

Date de réalisation du test

Heure de réalisation du test

Nom et prénom du pharmacien ayant réalisé le test

TEST UTILISÉ

Nom

Fabricant

N° de lot

Péréemption

RÉSULTAT DU TEST

☐ POSITIF

☐ NÉGATIF

☐ NON CONCLUANT
*(y compris impossibilité
de prélèvement)*

J'ai bien été informé (e) que ce test ne constitue qu'une orientation diagnostique.

CONSEILS DE VOTRE PHARMACIEN :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tampon de l'officine

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....