

# Gestion & Réalisation des tests antigéniques de dépistage du virus SARS-CoV-2 par prélèvement nasopharyngé

## Attestation d'Engagement

Ce document vise à décrire les éléments mis en place pour la gestion et réalisation d'un test d'orientation diagnostique.

Il est à remplir une seule fois au moment de la mise en place de ce service à l'officine.

Titulaire de la pharmacie :

---

Nom de la pharmacie :

---

Adresse de la pharmacie :

---

Nom du ou des personnes amenées à réaliser les tests :

---

---

### **Atteste sur l'honneur**

Que les tests utilisés disposent d'un marquage CE et est sur la liste du Ministère (<https://covid-19.sante.gouv.fr/tests>)

Que les tests se réalisent au moyen d'un prélèvement nasopharyngé.  
Avoir pris connaissance de la notice du fabricant.

Que le test et les consommables utilisés sont éliminés conformément à la réglementation.  
Avoir été formé (attestation de formation) à l'utilisation du test et respecter la procédure de réalisation du test

Transmettre au patient un document écrit mentionnant les résultats du test et rappelant que ce test ne constitue qu'une orientation diagnostique. Ce document écrit comportera également les modalités de prise en charge du patient en cas de test positif.

Déclarer auprès de l'agence nationale de sécurité du médicament toute défaillance ou altération du test ou de l'appareil de mesure.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :