|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| vd_logo_noir_36mm | **Direction générale**  **de la santé**  Av. des Casernes 2  1014 Lausanne |  |  |
|  | |

# Pré-requis au dépistage épidémiologique Equipe Mobile

**Données à compléter en collaboration avec l’unité HPCI lors du contact avec l’institution.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Donnés administratives** | |
| Nom de l’institution : | Saisir ici |
| Adresse insitution : | Saisir ici |
| Code postal et localité : | Saisir ici |
| Personne de contact : Nom et prénom | Saisir ici |
| Personne de contact : N° de téléphone | Saisir ici |
| Personne de contact : Email | Saisir ici |
| **Nombre de résidents à tester :** | Saisir ici |
| **Localisation des résidents à tester (étage /nom foyer ) :** | Saisir ici |
| Nombre de tests antigènes disponibles : | Saisir ici |
| Accès à CoFAST  (si pas d’accès faire une demande, voir site [HPCI.ch](https://www.hpci.ch/actualite/cofast-d%C3%A9claration-rapide-des-r%C3%A9sultats-de-tests-antig%C3%A9niques)) | Oui  Non |
|  | |
| **Mesures pour l’institution** | |
| Mise à disposition d’un local pour l’administratif | Vu Commentaire |
| Mise à disposition d’un accès informatique | Vu Commentaire |
| Mise à disposition d’un local pour les tests, si effectué hors chambre | Vu Commentaire |
| Mise à disposition du code d’accès à CoFAST | Vu Commentaire |
| Mise à disposition d’une place de parc | Vu Commentaire |
| Mise à disposition d’une liste (fichier excel) comprenant les données administratives des résidents (à remettre à l’équipe mobile). Si plusieurs équipes de dépistage, faire des copies de la liste. | Vu Commentaire |

Complété par : Votre nom

Date : jj/mm/aaaa