COVID-19
DÉCLARATION CAS POSITIF

JE SUIS TESTÉ POSITIF À LA COVID-19

RENVOYER LE DOCUMENT SUR L'ADRESSE MAIL : declarationcovid@ms.etat.lu

Référence à indiquer* (voir SMS) : _____

NOM*	
PRÉNOM*	
MATRICULE CNS*	
ADRESSE POSTALE	
ADRESSE E-MAIL*	
DATE DU TEST*	
DATE DES PREMIERS SYMPTÔMES*	
LIEU DE TRAVAIL/EMPLOYEUR	

*champs obligatoires

Indiquer les contacts à haut risque :

LA PÉRIODE À CONSIDÉRER : 2 jours avant la date des symptômes ou 2 jours avant la date du test si vous n'avez pas de symptômes jusqu'à la date du résultat

NOM*	PRÉNOM*	MATRICULE CNS*	MAIL*	N° DE TÉL.*	DATE DE CONTACT*(**)

(**) Date à laquelle vous avez eu la dernière fois un contact à haut risque avec la personne positive COVID-19.

Haut risque :

- avoir eu un contact, sans port de masque, face-à-face ou dans un environnement fermé pendant plus de quinze minutes et à moins de deux mètres avec une personne infectée ;
- avoir eu un contact physique direct avec une personne infectée ;
- avoir eu un contact direct non protégé avec des sécrétions infectieuses d'une personne infectée ;
- avoir eu un contact en tant que professionnel de la santé ou autre personne, en prodiguant des soins directs à une personne infectée ou, en tant qu'employé de laboratoire, en manipulant des échantillons de COVID-19, sans protection individuelle recommandée ou avec protection défectueuse.

Situations à haut risque :

- Covoiturage sans port de masque ;
- Repas en famille, entre collègues.

Nota Bene :

Si vous êtes transfrontalier et que vous vous êtes fait tester dans votre pays de résidence, veuillez joindre la preuve de votre résultat positif et ne nous indiquer que les contacts à haut risque liés à votre travail au Luxembourg.

INFORMATIONS GÉNÉRALES :
www.covid19.lu