LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Direction de la santé

Direction de la Santé
13, rue de Bitbourg
L-1273 Luxembourg-Hamm
Tel : (+352) 247-85553
Adresse postale:
Ministère de la Santé
L-2935 Luxembourg

Certificat de résultat du test COVID-19
COVID-19 test result certificate

La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de Adobe Systems Incorporated.

The present document needs version 8.1.3 or higher of Adobe Acrobat® Reader®. The latest version of Adobe Acrobat Reader for all operating systems (Windows, Mac, etc.) can be downloaded free of charge on the download page of Adobe Systems Incorporated.

1. Saisie / Input

Les champs marqués d'un * sont obligatoires
Fields marked with an * are mandatory

Identification de la personne / Person identification

Nom(s) / Surname(s)*:

Prénom(s) / Forename(s)*:

Identifiant national / Person identifier:

Carte d'identité ou passeport / ID-card or passport:

Date de naissance / Date of birth*:

format valide: JJ/MM/AAAA
valid format: DD/MM/YYYY

Informations sur le test / Test information

Maladie ou agent infectieux visé / Disease or agent targeted : **SARS-CoV-2**

Type de test / Type of test : **Test antigénique rapide / Rapid antigen test**

Nom du test / Test name*:

Fabricant du test / Test Manufacturer*:

Zone de prélèvement / Sample origin :

- ☐ prélèvement nasopharyngé / nasopharyngeal swab
- ☐ prélèvement oropharyngé / oropharyngeal swab
- ☐ prélèvement nasal / nasal swab
- ☐ salivaire / saliva

Date et heure du prélèvement / Date and time of the test sample collection*:

format valide: JJ/MM/AAAA HH:MM
valid format: DD/MM/YYYY HH:MM

Date et heure de l'obtention du résultat du test / Date and time of the test result production*:

format valide: JJ/MM/AAAA HH:MM
valid format: DD/MM/YYYY HH:MM

Résultat du test / Result of the test*:

- ◯ Négatif / Negative
- ◯ Positif / Positive
- ◯ Non concluant ou nul / Inconclusive or void

MSA_DS_TRC_FE_202103_1

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Direction de la santé

Direction de la Santé
13, rue de Bitbourg
L-1273 Luxembourg-Hamm
Tel : (+352) 247-85553
Adresse postale:
Ministère de la Santé
L-2935 Luxembourg

Lieu de prélèvement ou établissement / Sample collection site or facility*: (Nom, optionnel : adresse) (Name, optional: address)	
Résultat certifié par / Result certified by*: (Nom et profession) (Name and profession)	

Pays dans lequel le test a été effectué / Country where the test was taken: **Luxembourg**

2. Signature / Signature

Les champs marqués d'un * sont obligatoires
Fields marked with an * are mandatory

En signant ci-dessous, le signataire certifie que les données fournies ici sont correctes / By signing below, the signatory certifies that the data provided herein are correct

Il est rappelé que la falsification du présent certificat est susceptible de constituer un acte pénalement répréhensible selon les articles 193ss du Code pénal.

Lieu / Done in*:

Date / On*:

Signature ou cachet / Signature or seal :

MSA_DS_TRC_FE_202103_1