

**PATIENT :**

Monsieur  Madame  Enfant fille  Enfant garçon  
 Nom : Nom de naissance :  
 Prénom : Date de naissance :  
 Téléphone portable (obligatoire) :  
 Adresse :  
 Code postal : Ville :  
 Médecin traitant :  
 N° de sécurité sociale (du parent si enfant mineur) :  
 Organisme de sécurité sociale :  CPAM  MSA  AUTRE :

**PRELEVEUR :**

Identité : **OBLIGATOIRE**

Date du prélèvement : / /

Heure du prélèvement : H

Présence pass vaccinal :  oui

non

**SI PATIENT MINEUR (- de 18 ans) :**

CONSENTEMENT DES PARENTS :  OUI  NON

Je soussigné(e), Monsieur, Madame, en qualité de père / mère / tuteur légal autorise le prélèvement pour recherche du SARS Co-V-2 (COVID-19) sur mon enfant

Fait à : le : Signature :

Dans les 14 derniers jours : Vous avez séjourné à l'étranger :  NON  OUI Quel pays : .....  
 Vous avez été en contact avec une personne ayant séjourné à l'étranger :  
 NON  OUI Quel pays : .....

**CONTEXTE DE REALISATION**

- Cas contact :  oui  non
- Vacciné :  1 dose  2 doses  3 doses date dernière injection : .....
- Prescription médicale :  oui  non
- Certificat de contre-indication à la vaccination (à fournir) :  oui  non
- Test antigénique positif < 48H :  oui  non
- Autres :  cluster ARS  voyageur métropole – outre mer  voyageur pays classés zone rouge /orange

Si aucune case n'est cochée le test vous sera facturé 44 € (non remboursable par la sécurité sociale) :

Bon pour accord HN :  oui  non Merci de joindre le règlement.

Signature :

**RAISON MEDICALE (intervention chirurgicale, autre ...) :**  NON  OUI

- Lieu de Résidence :  Domicile personnel  Hospitalisé  EHPAD  Autre structure collective
- Professionnel du système de santé :  NON  OUI  NE SAIS PAS

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Les signes cliniques de la covid peuvent être :** Fièvre > 38°C, Toux, Difficulté à respirer, Diarrhée, Perte d'odorat, Perte de goût, Céphalées, Courbatures, Fatigue générale, Confusion, Signes cutanés, Rhinite, Mal à la gorge, ...

**Présence de Symptômes :**  OUI **Date d'apparition des symptômes :**

- Ce jour ou hier
- 2,3,4 jours avant le prélèvement
- 5,6,7 jours avant le prélèvement
- 8 à 15 jours avant le prélèvement
- Plus de deux semaines avant le prélèvement

NON  NE SAIS PAS

**Traitement des résultats**

Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie de la Covid 19, sont enregistrées dans le système d'information national dénommé SI-DEP, mis en œuvre par la Direction Générale de la Santé du ministère chargé de la santé. Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats des examens de dépistage Covid-19 en vue de leur réutilisation à des fins d'enquête sanitaire, de surveillance épidémiologique et de recherche via la plateforme des données de santé. Pour plus d'information sur ce traitement et vos droits : consultez le site du ministère de la santé 'https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies). Pour exercer vos droits (accès, rectification, limitation, voire opposition), nous vous invitons à contacter l'adresse postale 'correspondant à la protection des données – Direction Générale de la Santé (DGS) – Ministère des solidarités et de la santé – 14 avenue Duquesne – 75350 PARIS 07 SP' ou l'adresse électronique ' [sidep-rpgpd@sante.gouv.fr](mailto:sidep-rpgpd@sante.gouv.fr) '.