

Formulaire de renseignements pour la réalisation d'un examen virologique ou sérologique concernant la COVID-19

Préleveur : _____ Prélevé le / / à heures

Nature du prélèvement :

- Nasopharyngé
- Salive (**uniquement** si nasopharyngé non réalisable chez patient symptomatique ou contact) **⚠ Le prélèvement salivaire doit être réalisé plus de 30 minutes après la dernière prise de boisson, d'aliment, de chewing-gum, de cigarette / e-cigarette, d'un brossage des dents ou d'un rinçage bucco-dentaire.**

Etes-vous vacciné ?

- Oui** : 1 dose 2 doses 3 doses ou plus **Non**

Patient : Sexe : Femme Homme

Nom de naissance (jeune fille) : _____

Nom d'usage (marital) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

N° téléphone mobile : / / / /

N° téléphone fixe : / / / /

Mail : _____

Numéro de sécurité sociale (**Pour un enfant n° d'assuré de la personne qui le couvre**) (15 chiffres) : _____

Caisse d'affiliation SS : _____

Médecin traitant : _____

Prenez-vous un traitement local au niveau nasal ?

- Non Oui, préciser le nom : _____

Cadre réservé au laboratoire :

Réceptionné le : _____ à _____ par _____

Analyse réalisée en interne :

- Oui Non, N° de sachet : _____

Les informations concernant mon hébergement

- Dans un hébergement individuel privé
- A l'hôpital En EHPAD En milieu carcéral
- Dans une autre structure d'hébergement collectif (casernes, foyer, ...)

Je suis un professionnel intervenant dans le système de santé

- OUI NON

J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus :

- Moins de 24h avant le prélèvement
- 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
- 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
- Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
- Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
- Je n'ai pas de symptômes

La ou les raisons pour laquelle je me fais dépister :

- Je dispose d'une prescription médicale
- Je dois bientôt rentrer à l'hôpital, en EHPAD ou en établissement social
- J'ai été appelé par un enquêteur sanitaire ou reçu une notification de TousAntiCovid
- Je suis cas contact
- Je prends prochainement un transport pour lequel un test est exigé
- Je souhaite me faire dépister de ma propre initiative

Si je reviens d'un voyage dans un pays étranger dans les 14 derniers jours ou contact à risque avec une personne y ayant séjourné : Pays : _____

Consentement patient :

- J'autorise la transmission de mes données personnelles
- Je refuse la transmission de mes données personnelles
- S'il n'y a pas de consentement ou en l'absence de réponse**, lors de la collecte des données personnelles au moment du test de dépistage, **SI-DEP n'est pas autorisé à générer et à envoyer** aux personnes concernées, **un justificatif d'absence de contamination par la covid-19 ou un certificat de rétablissement** (certificat COVID numérique de l'UE, exigé dans certains cas particuliers (voyage à l'étranger, etc.)). Les données personnelles du patient non consentant ne sont pas stockées dans SI-DEP.

La modification d'un non-consentement ou absence de réponse vers un consentement a posteriori de la transmission initiale vers SI-DEP pour obtenir un certificat de test sera impossible. Les données personnelles du patient n'existent plus dans SI-DEP.

En revanche, un patient ayant consenti au partage de ses données personnelles lors de la réalisation d'un test de dépistage de la Covid-19 peut y renoncer. En conséquence, le certificat de test ne sera plus disponible sur sidedep.gouv.fr et les données personnelles du patient supprimées de SI-DEP.

