



FICHE DE RENSEIGNEMENTS CORONAVIRUS (SARS-CoV-2) RT PCR COVID-19

PATIENT(E) :

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / ___

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse mail : _____ Tel : _____ (indispensable)

N° sécurité sociale : _____

(*Préleveur : _____ * Heure de prélèvement : ___ h ___)

Nom du médecin traitant : _____ Date de début de grossesse : ___ / ___ / ___

collez une étiquette

**Les données en italique et entre parenthèses ne concernent que les prélèvements faits à l'extérieur (en dehors du laboratoire)*

RENSEIGNEMENTS DIFFUSÉS au SI-DEP :

- Adresse mail déjà renseignée plus haut.
- **Vivez-vous dans un établissement collectif ?** non (individuel) oui (hébergement en collectivité)
- **Êtes-vous un professionnel de santé ?** non oui
- Nom du médecin traitant déjà renseigné plus haut.
- **Avez-vous des symptômes ?** non oui Date de début des symptômes : ___ / ___ / ___
- **Résidence différente dans les 7 jours à venir ?** _____
- **Provenance si voyage dans les 14 derniers jours ?** _____ (attestation si zone orange/rouge)

Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie de 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 pour finalité de centraliser les résultats des tests 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 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 DSG) – Ministère des solidarités et de la santé – 14 avenue Duquesne – 750350 PARIS 07 SP » ou l'adresse électronique « sidep-rgpd@sante.gouv.fr ».

CONTEXTE DU TEST RT PCR COVID :

Symptômes évocateurs (*prescription si non vacciné*)

(fièvre, perte d'odorat / goût, toux, maux de gorge, frissons, courbatures, troubles digestifs, maux de tête, essoufflement)

Date début de symptômes : déjà renseignée plus haut

Test Antigénique réalisé POSITIF le : ___ / ___ / ___

Êtes-vous contact ? (*justificatif cpam à contrôler*)

Date du contact déclaré par la cpam : ___ / ___ / ___

avant soins en établissement de santé (*prescription*) :

Date d'intervention prévue : ___ / ___ / ___

test de sortie de quarantaine (*arrêté à scanner*)

SITUATION VACCINALE / ANTECEDENTS

Statut vaccinal (*attestation papier ou TAC à contrôler*)

Date 1^{ère} injection : ___ / ___ / 20__

Date 2^{ème} injection : ___ / ___ / 20__

Date 3^{ème} injection : ___ / ___ / 20__

Contre-indication vaccinale (*attestation à scanner*)

Antécédents de Covid ? (*certificat de rétablissement à contrôler*)

Date du diagnostic : ___ / ___ / ___ (>72h et < 6 mois)

DEMANDES HORS DEPISTAGES / PASSE SANITAIRE

Voyage : Date prévue du voyage : ___ / ___ / ___

Autre : _____

A FAIRE COMPLETER PAR LE PATIENT (avec l'aide du professionnel de santé)

Réalisation de la PCR : AVEC prise en charge ou SANS prise en charge : (43.89€ avec prélèvement)
 (34.29€ sans prélèvement)

En signant ce document, je reconnais avoir reçu toutes les informations utiles concernant ma demande et m'engage à régler, si besoin, le montant des prestations du laboratoire.

Fait à _____, le ___ / ___ / ___

Signature du patient

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CORONAVIRUS (SARS-CoV-2) RT PCR COVID-19

INFORMATION

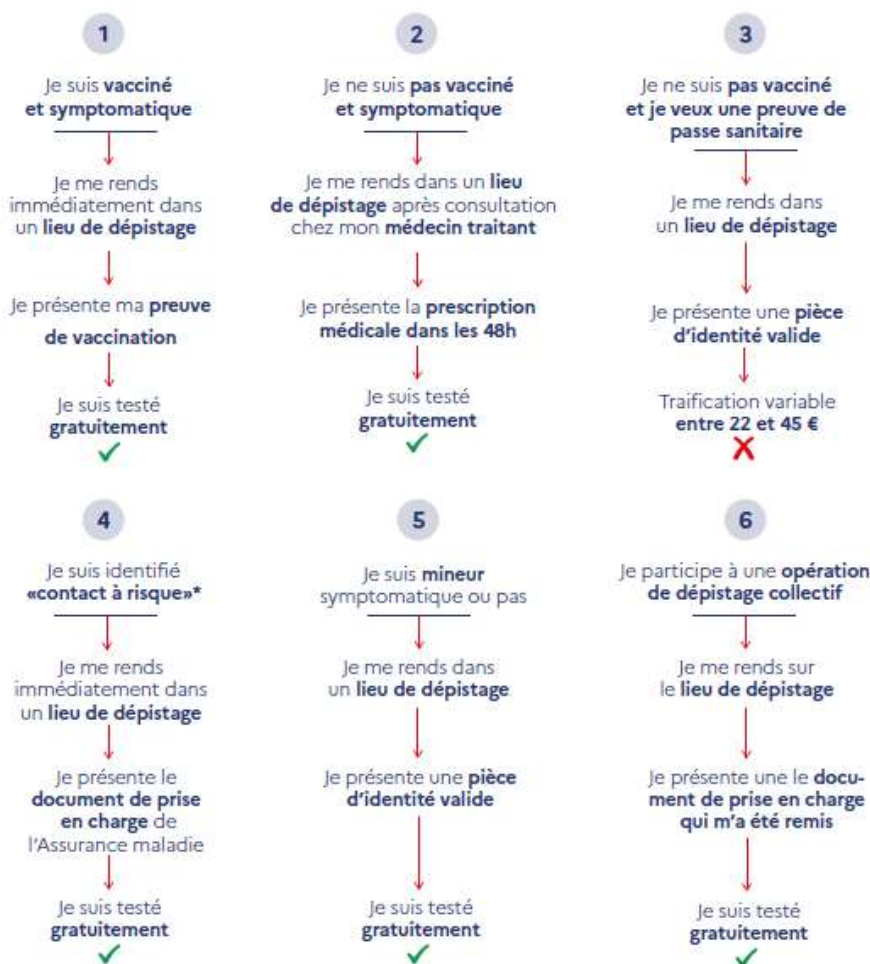
Conformément aux instructions parues au journal officiel du 15 octobre 2021 :

(<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=iEad4Xv8ho6RdGtOEnH0n6WKViqduRku2s08OjaU8cE=>), voici les conditions de prises en charge des tests Rt-PCR du Sars-CoV-2 :

Extrait du dossier de presse édité par le ministère des solidarités et de la santé – « Evolution de la prise en charge des tests de dépistages du Covid à partir du 15 octobre (lien https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_prise_en_charge_test_-_08102021.pdf) :

« **Seuls les tests réalisés dans un but de dépistage seront désormais pris en charge par l'assurance maladie afin de préserver un dispositif fiable de surveillance de l'épidémie, d'assurer une détection et une prise en charge rapide des cas et de détecter les nouveaux variants d'intérêt. Les tests réalisés en vue d'obtenir un passe sanitaire, deviendront payants.** »

• 6 Cas types :



* Si je reçois une notification de l'application TousAntiCovid, je fais une déclaration téléphonique à l'Assurance maladie m'enverra une attestation de prise en charge.

D'une manière générale, les **consignes à observer lorsque vous ressentez des symptômes évocateurs de la Covid-19** sont les suivantes :

→ Sans signe grave, **Je contacte mon médecin traitant ou j'entre en contact avec un téléconseiller.**

→ En cas de forte fièvre ou de difficultés à respirer, selon ma situation, **j'appelle les urgences au 15, ou le numéro d'urgence réservé aux sourds et aux malentendants (114).** Sinon, je me rends à l'hôpital le plus proche.