



BIO-VSM LAB
10 RUE DE LA GARE
77360 VAIRES SUR
MARNE

**Fiche de renseignements
RT-PCR Coronavirus
(SARS-CoV-2)**

C1-ENR-023-V21
Version : 21
Applicable le : 02-03-2023



PATIENT(E) :

Nom : _____
Nom de naissance : _____
Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
Adresse : _____

collez une étiquette

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse mail : _____ Tel : _____ (indispensable)

N° sécurité sociale : _____

(*Préleveur : _____ * Heure de prélèvement : ____h____)

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

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

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

Date début de symptômes : déjà renseignée plus haut

Avant soins en établissement de santé :

Date d'intervention prévue : ____ / ____ / ____

AUTRES DEMANDES

Voyage :

Date prévue du voyage : ____ / ____ / ____

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

Réalisation de la PCR : avec prise en charge AMO / AMC :
prise en charge partielle ou absente : reste à charge : euros
(Prix à titre indicatif : 30.46€ avec prélèvement ou 24.70€ sans prélèvement)

Refus de l'usage des données SI-DEP :

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