



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 : _____

N° sécurité sociale : _____

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

Nom du médecin traitant : _____

collez une étiquette

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

RENSEIGNEMENTS DIFFUSÉS au SI-DEP :

➤ Adresse mail déjà renseignée plus haut.

➤ Vivez-vous dans un établissement collectif ? (dans un foyer, maison de retraite, résidence sénior, refuge)

non oui
(individuel) (collectif)

➤ Êtes-vous un professionnel de santé ? non oui
[médecin, infirmier(ère)...]

➤ 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 ? _____

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 de Covid-19

Fièvre (>37.5°C) Toux / maux de gorge

Perte d'odorat / de goût Maux de tête

Frissons / courbatures Essoufflement

Troubles digestifs

Autres : _____

Êtes-vous contact ? (avec une personne testée positive)

« Contact déclaré à la cpam »

non oui Date du contact : ____ / ____ / ____

Contexte préopératoire / pré-hospitalisation / pré-traitement (chimiothérapie, immunosuppresseur) :

Date prévue : ____ / ____ / ____

Voyage Date prévue du voyage : ____ / ____ / ____

Autre (demande individuelle personnelle...)

INDICATION DU TEST de CRIBLAGE :

Test Antigénique réalisé POSITIF le : ____ / ____ / ____