

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Recherche de SARS-CoV-2 (COVID-19) par RT-PCR/TAG

MERCI DE RESPECTER L'HORAIRE DE VOTRE RENDEZ-VOUS D'ÊTRE MUNI D'UN MASQUE, DE VOTRE CARTE VITALE, D'UN JUSTIFICATIF D'IDENTITÉ
Remplir ce formulaire de préenregistrement avec le plus grand soin, c'est garantir la prise en charge optimale de votre dossier et lutter contre la propagation de l'épidémie.

> PATIENT

Si résident EDS, nom de l'établissement :

Nom naissance : Nom utilisé : Sexe : ☐ H ☐ F
Cocher si idem Nom de naissance ☐

1^{er} Prénom : Prénom utilisé : Date de naissance : / /
Cocher si idem Nom de naissance ☐

Mail :@..... N° de portable : / / / /

N°Sécurité Sociale : Mutuelle Nom N° télétransmission :

Représentant légal (si enfant < 18 ans) : Nom : Prénom :

Adresse Résidence Principale :

Pays : Code postal : Ville :

Médecin traitant : Nom : Prénom : Ville :

> LOCALISATION

Département de passage : Code postal de Passage : Pays de passage :

Pays de provenance : « Si je reviens d'un voyage d'un pays étranger dans les 14 derniers jours »

> RENSEIGNEMENTS PATIENT

Autorisation envoi SIDEP : ☐ Oui ☐ Non

Lieu de résidence actuel : ☐ Hébergement individuel : cas d'un appartement, une maison individuelle, colocation
☐ Hospitalisé
☐ Résident en EHPAD
☐ En milieu carcéral
☐ Autre structure d'hébergement collectif : internat, logement étudiants, caserne, résidence personnes âgées non médicalisées, foyer de l'enfance, établissements médico-sociaux, personnes handicapées, centre d'hébergement à caractère social
☐ Ne sait pas

Professionnel de santé : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Symptômes : ☐ Aucun ☐ Le jour ou la veille du prélèvement ☐ 2 à 4 j. avt le prélèvement ☐ 5 à 7 j. avt le prélèvement
☐ 8 à 14 j. avt le prélèvement ☐ 15 à 28 j. avt le prélèvement ☐ > 4 semaines avt le prélèvement ☐ Ne sait pas

Indication de l'examen : ☐ Suspect d'infection COVID-19 ☐ Voyage ☐ Avant entrée en EDS/Préopératoire
☐ Personne contact d'un cas confirmé ☐ Dépistage collectif ☐ Autre :

Contexte patient : ☐ Patient vacciné ☐ Patient justifiant d'une contre-indication vaccinale
☐ Certificat rétablissement < 6 mois ☐ Patient se déplaçant entre la métropole et l'outre-mer
☐ Patient non vacciné (ordo < 48h / préop ou hospit)
☐ Patient provenant d'un pays classé dans les zones orange ou rouge

N°de campagne DGS/ARS :

« Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie du 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 des solidarités et de la santé, conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et de son décret d'application. 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 des solidarités et 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 – Référent 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-rpd@sante.gouv.fr. »

> PRELEVEMENT : Identité du préleveur : Date et heure de prélèvement : / / à H

> ORIGINE DU PRELEVEMENT : Ecouvillonnage : ☐ Naso-pharyngé ☐ Oro-pharyngé ☐ Ecouvillonnage Salivaire
Aspiration : ☐ Rhino-pharyngée ☐ Endotrachéale ☐ Lavage Broncho-alvéolaire

Réservé au laboratoire : Date et heure de la réception : / / à H Paraphe :