

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Type de résidence :  Individuelle(maison, appartement)  Collectivité

Nom de naissance : ..... Si collectivité, précisez le type : .....  
*ex. : Hôpital, EHPAD, Milieu carcéral, Caserne, Résidence étudiante...*

Prénom : ..... Adresse : .....  
*(Lieu de résidence actuelle)*

Genre :  Féminin  Masculin

Date de naissance : JJ MM AAAA Code postal : .....  
N° de téléphone : ..... Ville : .....  
N° Sécurité Sociale : ..... Adresse mail : .....

Je suis un professionnel intervenant dans le système de santé

### LA OU LES RAISONS DE ME FAIRE DEPISTER

Je dispose d'une prescription médicale pour réaliser un test de dépistage de la COVID-19 de moins de 48h ou préopératoire (remboursé\*)

J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, toux, ...) et ils sont apparus : = **remboursé si vacciné ou ordonnance < 48h\***

**Nature des symptômes :**

<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Perte de goût/odorat	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Moins de 24h avant le prélèvement	<input type="checkbox"/> Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement		
<input type="checkbox"/> 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement	<input type="checkbox"/> Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement		
<input type="checkbox"/> 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement	<input type="checkbox"/> Plus de 4 semaines avant le prélèvement		

J'ai fait un test antigénique Covid qui est positif (remboursé\*).

J'ai un certificat de rétablissement Covid (avoir eu une PCR positive de plus de 72h et de moins de 4 mois) (remboursé\*).

J'ai un certificat de contre-indication à la vaccination Covid (remboursé\*).

J'ai un schéma vaccinal complet (remboursé\*) Vaccin : .....

1<sup>ère</sup> dose : ..... / ..... / ..... 2<sup>nde</sup> dose : ..... / ..... / ..... 3<sup>ème</sup> dose : ..... / ..... / ..... 4<sup>ème</sup> dose : ..... / ..... / ..... 5<sup>ème</sup> dose : ..... / ..... / .....

*\*Les conditions de prise en charge s'entendent pour les résidents Français ou les assurés sociaux.*

Cas non pris en charge par la sécurité sociale : (montants donnés à titre indicatif si prélèvement réalisé au laboratoire)

Je réglerai donc l'analyse : 38 € (nasopharyngé) ; 32 € (salivaire) ; 17 € (test antigénique)

#### Pour la transmission de vos résultats à votre médecin traitant :

Prénom et nom de votre médecin : ..... Code postal de votre médecin : .....

#### Si je reviens d'un voyage dans un pays étranger dans les 14 derniers jours :

Pays visité : .....

#### Avez-vous réalisé un test antigénique dans les dernières 24h ?

Oui  Non Résultat :  Positif  Négatif

A compter du 1<sup>er</sup> février 2023, le traitement de vos données personnelles en vue de la délivrance d'un justificatif d'absence de contamination par la COVID-19 ou d'un certificat de rétablissement nécessite le **consentement des personnes concernées** (QR-code SIDEP) nécessite votre consentement express. En cochant la case ci-contre, vous confirmez autoriser le traitement de vos données personnelles en vue d'obtenir ce justificatif. Vous pouvez à tout moment retirer ce consentement en le signalant au laboratoire.

**Attention pour les personnes qui ne souhaitent pas consentir au traitement de leurs données personnelles au moment de leur prélèvement : il sera impossible de modifier ce choix après l'émission du compte-rendu d'examen par le laboratoire, sauf à réaliser un nouveau prélèvement.**

### RESERVE AU PRELEVEUR

Date : ..... Heure : .....

Nature :  Nasopharyngé  Oropharyngé  Salivaire  Test Antigénique

Identification du préleveur : ..... Identification du réalisateur du test Ag : .....

Résultat du test Ag : .....