



**Fiche de Renseignements PCR/sérologie SARS-CoV-2 COVID-19**

**Les champs avec un astérisque sont à renseigner obligatoirement**

PATIENT		
<b>Nom de naissance* :</b> Nom marital :  <b>Prénom* :</b> <b>Date de naissance* :</b> <b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H <b>n° sécurité sociale* :</b>	<b>Téléphone portable* :</b> <b>Adresse principale/Pays* :</b>  <b>@Mail* :</b>	<b>Prise en charge à 100% (Exo3) :</b> <input type="checkbox"/> Patient > 65 ans <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> Prof. de santé <input type="checkbox"/> Immunodéprimés
Informations obligatoires (SIDEPI)		
<b>Origine du prélèvement</b> <input type="checkbox"/> PCR nasopharyngé <input type="checkbox"/> PCR salivaire <input type="checkbox"/> sérologie <input type="checkbox"/> autre, précisez : <b>Symptômes :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, depuis combien de jours : <input type="checkbox"/> RT-PCR COVID/ Test antigénique positif, date : ___/___/202 ▪ <b>Professionnel de santé :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ▪ <b>Hébergement</b> <input type="checkbox"/> Individuel privé <input type="checkbox"/> Hébergement collectif <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Hôpital/Etablissement de Soins <input type="checkbox"/> Milieu carcéral <input type="checkbox"/> <b>Patient résident hors de son département :</b> Pays de résidence passagère : _____ Département : _____ Code postal : _____ <input type="checkbox"/> <b>Patient revenu de l'étranger - Pays de provenance :</b> _____ Date du retour : _____		
Informations au Patient		
En vertu de la LOI no 2022-1089 du 30 juillet 2022, les données associées à votre test ne seront transmises à la cellule d'intervention de la Santé Publique France en région (SI-DEP ou Système d'Informations de DEPistage) <b>que si vous y consentez</b> . En cas de consentement, vos données seront transmises au SI-DEP et vous aurez un justificatif d'absence de contamination (certificat numérique de l'UE) disponible sur <a href="http://sidep.gouv.fr">sidep.gouv.fr</a> . Dans tous les cas, votre résultat sera délivré par le laboratoire. <input type="checkbox"/> <b>Je consens</b> (Votre certificat numérique de l'UE sera disponible sur <a href="http://sidep.gouv.fr">sidep.gouv.fr</a> ) <b>Signature du patient :</b> <input type="checkbox"/> <b>Je ne consens pas</b> (Dans ce cas, vous n'aurez pas de certificat COVID)		



**Fiche de Renseignements PCR/sérologie SARS-CoV-2 COVID-19**

**Les champs avec un astérisque sont à renseigner obligatoirement**

PATIENT		
<b>Nom de naissance* :</b> Nom marital :  <b>Prénom* :</b> <b>Date de naissance* :</b> <b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H <b>n° sécurité sociale* :</b>	<b>Téléphone portable* :</b> <b>Adresse principale/Pays* :</b>  <b>@Mail* :</b>	<b>Prise en charge à 100% (Exo3) :</b> <input type="checkbox"/> Patient > 65 ans <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> Prof. de santé <input type="checkbox"/> Immunodéprimés
Informations obligatoires (SIDEPI)		
<b>Origine du prélèvement</b> <input type="checkbox"/> PCR nasopharyngé <input type="checkbox"/> PCR salivaire <input type="checkbox"/> sérologie <input type="checkbox"/> autre, précisez : <b>Symptômes :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, depuis combien de jours : <input type="checkbox"/> RT-PCR COVID/ Test antigénique positif, date : ___/___/202 ▪ <b>Professionnel de santé :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ▪ <b>Hébergement</b> <input type="checkbox"/> Individuel privé <input type="checkbox"/> Hébergement collectif <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Hôpital/Etablissement de Soins <input type="checkbox"/> Milieu carcéral <input type="checkbox"/> <b>Patient résident hors de son département :</b> Pays de résidence passagère : _____ Département : _____ Code postal : _____ <input type="checkbox"/> <b>Patient revenu de l'étranger - Pays de provenance :</b> _____ Date du retour : _____		
Informations au Patient		
En vertu de la LOI no 2022-1089 du 30 juillet 2022, les données associées à votre test ne seront transmises à la cellule d'intervention de la Santé Publique France en région (SI-DEP ou Système d'Informations de DEPistage) <b>que si vous y consentez</b> . En cas de consentement, vos données seront transmises au SI-DEP et vous aurez un justificatif d'absence de contamination (certificat numérique de l'UE) disponible sur <a href="http://sidep.gouv.fr">sidep.gouv.fr</a> . Dans tous les cas, votre résultat sera délivré par le laboratoire. <input type="checkbox"/> <b>Je consens</b> (Votre certificat numérique de l'UE sera disponible sur <a href="http://sidep.gouv.fr">sidep.gouv.fr</a> ) <b>Signature du patient :</b> <input type="checkbox"/> <b>Je ne consens pas</b> (Dans ce cas, vous n'aurez pas de certificat COVID)		