



FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS



TOUS DÉPISTÉS
AVANT NOËL

Formulaire de renseignements pour la réalisation d'un examen de dépistage de la Covid-19 utilisant les tests rapides antigéniques sur prélèvement nasopharyngé.

OBLIGATOIRE :

Avant de réaliser mon examen et afin de permettre aux équipes de dépistage de gagner du temps et réduire les files d'attente, je dois me présenter au centre avec ce formulaire complété et signé.

Je pense à :

- ✓ **Me munir d'une pièce d'identité, de ma carte vitale (ou attestation de sécurité sociale).**
- ✓ **Me présenter sur le site de dépistage avec un masque et respecter les gestes barrières.**

MES INFORMATIONS D'IDENTITÉ ET MES COORDONNÉES DE CONTACT :

Nom de naissance (jeune fille)* : **Date de naissance* :**/...../.....

Nom d'usage (marital) : **Sexe* :** **Femme**

Prénom : **Homme**

N° de Sécurité Sociale* :

Courriel* :
(des parents pour un mineur)

N° téléphone mobile* :
(des parents pour un mineur)

} *La mention de votre téléphone mobile et de votre courriel est essentielle pour permettre l'envoi des résultats du test de dépistage.*

N° téléphone fixe :

MON ADRESSE DE RÉSIDENCE HABITUELLE (OU PRÉVUE DANS LES 7 PROCHAINS JOURS) :

Numéro et voie :

Complément d'adresse :

Code postal : 38440 **Commune :** ROYAS

LES INFORMATIONS CONCERNANT MON HÉBERGEMENT :

- Dans un hébergement individuel privé**
- Dans une autre structure d'hébergement collectif**

*Les champs munis d'une * sont obligatoires.*





FACTEURS DE RISQUE ET/OU SYMPTÔMES ÉVOCATEURS DE COVID-19 :

J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, etc.) : Oui Non

Si oui, ils sont apparus il y a :

- Moins de 24h
- 2, 3 ou 4 jours
- 5, 6 ou 7 jours
- Entre 8 et 14 jours
- Entre 15 et 28 jours
- Plus de quatre semaines

En cas de symptôme(s), merci de préciser le ou lesquels :

- Fièvre ou sensation de fièvre
- Signes respiratoires, comme une toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression dans la poitrine
- Le nez qui coule, un mal de gorge
- Une fatigue importante inexpliquée
- Une perte du goût
- Une perte de l'odorat
- Des maux de tête
- Des courbatures et/ou des douleurs dans les muscles
- Une diarrhée avec au moins 3 selles molles dans la journée
- Autres :

J'ai fréquenté un endroit ou une personne à risque (rassemblement collectif, contact avec une personne atteinte de COVID19, etc.) : Oui Non

AUTORISATIONS PARENTALES POUR LES MINEURS :

Après avoir pris connaissance de la fiche d'information, les parents et le mineur, consentent à la réalisation du test rapide antigénique au bénéfice du mineur.

Oui Non

Dans l'hypothèse où un seul parent signerait ce formulaire, celui-ci garantit que le second titulaire de l'autorité parental consent également à la réalisation de ce test de dépistage.

Signatures :

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 oeuvre 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'informations sur ce traitement et vos droits : consultez le site du ministère de 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 'Réfèrent en 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-rgpd@sante.gouv.fr.

