

FICHE N° 7 Information/Formulaire de renseignements

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

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.**

Je pense à :

- Me munir d'une pièce d'identité, de ma carte Vitale et le cas échéant de mon attestation de sécurité sociale
- Me présenter sur le site de dépistage avec un masque et respecter les gestes barrières.

*(Les champs munis d'une * sont obligatoires)*

Mes informations d'identité et mes coordonnées de contact :

Nom de naissance* : *(jeune fille)*

Nom d'usage : *(marital)*

1^{er} prénom* :

Date de naissance* : Jour : *(2 chiffres)* Mois : *(2 chiffres)* Année : XXXX *(4 chiffres)*

Sexe* : Femme Homme

Mon adresse de résidence habituelle (ou prévue dans les 7 prochains jours) :

Numéro Voie :

Code Postal Commune :

Les informations concernant mon hébergement :

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

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

N° Téléphone fixe :

Courriel* (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.

Facteurs de risque et/ou symptômes évocateurs de COVID-19* :

J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, etc.) et ils sont apparus, il y a :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 24h | <input type="checkbox"/> Entre 8 et 14 jours |
| <input type="checkbox"/> 2, 3 ou 4 jours | <input type="checkbox"/> Entre 15 et 28 jours |
| <input type="checkbox"/> 5, 6 ou 7 jours | <input type="checkbox"/> Plus de quatre semaines |

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

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

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

Autorisation parentale 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 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 'Référént 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. Ces données sont également conservées par le personnel médical pour une durée de 3 mois afin de leur permettre de respecter leur obligation réglementaire en termes de traçabilité de votre test. A l'issue de ce délai, vos données seront supprimées. Une copie sera archivée pendant le délai légal aux fins de constatation, d'exercice ou de défense des droits en justice.

Informations sur la campagne de dépistage organisée par la Région Auvergne Rhône-Alpes

Vous souhaitez bénéficier d'un test rapide antigénique. Ce test permet de détecter l'infection par le SARSCoV-2 et d'obtenir un résultat en moins de 30 minutes. Le déploiement de ce type de test a été autorisé par les pouvoirs publics pour les campagnes de dépistage collectif telle que celle actuellement en cours dans votre Région.

L'efficacité du test est dépendante de la charge virale et diminue au fur et à mesure des jours s'écoulant après l'apparition de symptômes. Ainsi, en fonction des données de la science actuellement disponible, la Haute Autorité de Santé a réservé l'utilisation du test rapide antigénique à certaines situations.

Vous êtes ainsi informé que vous ne serez pas éligible au test si :

- Vous êtes symptomatique depuis plus de 4 jours ;
- Vous êtes une personne « contact » ;

Afin de déterminer si vous êtes éligible au test, vous devez compléter le formulaire ci-dessous. Ces informations seront utilisées pour enregistrer le résultat du test dans le système d'information système d'information national dénommé SI-DEP. Une information spécifique sur le traitement de vos données personnelles dans ce cadre vous est donnée à la fin du formulaire.

Vous êtes également informé que la réalisation du test rapide antigénique nécessite d'effectuer sur votre personne un prélèvement nasopharyngé. Ce prélèvement est réalisé par des professionnel formé et habilité.

Le résultat du test vous sera communiqué par un professionnel de santé du centre de dépistage et/ou vous sera adressé par SI-DEP. Vous serez à cette occasion informé de la conduite à tenir en fonction de résultat de votre test.