

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

- Je n'ai pas de symptômes.
- J'ai des symptômes (perte de l'odorat, du goût, de la fièvre, toux, essoufflement, etc...)

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

- Une fièvre ou une sensation de fièvre
- Des courbatures et/ou des douleurs dans les muscles
- Le nez qui coule, un mal de gorge
- Un signe respiratoire, comme une toux, un essoufflement, une sensation d'oppression de la poitrine
- Une diarrhée avec au moins 3 selles molles dans la journée
- Un Autre symptôme inhabituel (*décrivez*) :
- Une fatigue importante inexplicquée
- Une perte du goût et/ou de l'odorat
- Des maux de tête

Et ils sont apparus, il y a :

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

- J'ai fréquenté un endroit ou une personne à risque, par exemple :

Un rassemblement collectif, un 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 :**

Avant de réaliser mon examen et afin de permettre aux équipes de dépistage de gagner du temps et de 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.
- De **mon propre stylo**.
- Je pense à me présenter sur le site de dépistage avec un **masque** et à respecter les **gestes barrières**.

Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie de 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 prendre contact à l'adresse postale suivante :

'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 [siddep-rgpd@sante.gouv.fr](mailto:siddep-rgpd@sante.gouv.fr)

### Mes informations d'identité et mes coordonnées de contact :

(Les champs munis d'un\* sont obligatoires)

**Nom de naissance\*** (jeune fille) :

Nom d'usage (marital) :

**1<sup>er</sup> prénom\*** :

**Date de naissance\*** (JJ/MM/AAAA) :

**Sexe\*** :

Femme

Homme

**Numéro de Sécurité Sociale\*** :

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

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.*

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

Numéro et voie :

Code Postal :

Commune :

### Les informations concernant mon hébergement :

Dans un hébergement individuel privé

Dans une autre structure d'hébergement collectif

### Consentement éclairé :

**Je reconnais avoir pris connaissance que :**

- Ce type de tests est moins sensible que l'examen de détection du génome du SARSCoV-2 par RT PCR réalisé dans un laboratoire de biologie médicale. En conséquence :

**Un résultat négatif ne permet pas d'exclure une contamination par la Covid 19 :**

**Un résultat négatif m'oblige au strict respect des mesures barrières pour les prochains jours.**

**Un résultat positif m'impose un isolement strict à domicile, et de contacter mon médecin traitant.**

- Ce test n'est pas réalisable en cas de symptômes en lien avec la Covid 19.
- Ce type de tests constitue un élément d'orientation diagnostique n'ayant pas vocation à se substituer au diagnostic réalisé par un examen de détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR réalisé dans un laboratoire de biologie médicale.

**Je donne mon consentement libre et éclairé à la réalisation d'un test de dépistage rapide nasopharyngé d'orientation diagnostique antigénique de la Covid 19.**

**Date et signature :**