


**❖ MEDECIN PRESCRIPTEUR / MEDECIN TRAITANT**

Nom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....

**❖ PRELEVEMENT**

Date & Heure du prélèvement nasopharyngé : .....  
 effectué par (nom & qualité) : .....

**❖ PATIENT**

Nom usuel : ..... Nom de naissance : .....  
 Prénom : ..... Date de naissance : .....  
 Sexe :  F  M **Professionnel de Santé** :  Oui  Non  
 N° de sécurité sociale : ..... Caisse : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone Portable : ..... et/ou Téléphone fixe : .....  
 Email : .....  
 Lieu de résidence :  Hébergement individuel  EHPAD  Autre : .....

**❖ CONTEXTE**

**Apparition de symptômes**  
 Date d'apparition :  ≤ 2 jours  2-4 jours  5-7 jours  8-14 jours  ≥ 15 jours  Ne sait pas  
 Symptômes :  Fièvre  Toux  Difficultés respiratoires  Asthénie  
 Syndrome grippal  Signes digestifs  Perte de goût/odorat  
 Autre(s) : .....

**Sujet contact** (*Confirmé par ARS ou Sécurité Sociale*)

**Bilan Pré-Opératoire**

**Initiative Personnelle**

**Départ pour un voyage à l'étranger**

**Retour d'un voyage à l'étranger (< 14 jours) – Nom du Pays** : .....

**Autre** : .....

**Facteurs de risques** :  Obésité  Diabète  Immunodépression  Maladie cardiovasculaire  
 Maladie respiratoire  Autres : .....

**ATTESTATION SI-DEP**

La prévention d'une recrudescence de l'épidémie impose, pour des motifs d'intérêt public, la mise en œuvre d'un système d'information national de suivi du dépistage Covid-19 (SI-DEP).

Ce système, placé sous la responsabilité de la direction générale de la santé du ministère chargé de la santé, a pour finalité de centraliser les données des personnes ayant fait l'objet d'un examen de dépistage du Covid-19 en vue de permettre :

1. La transmission des résultats d'analyse biologique au patient, au médecin traitant et/ou au médecin prescripteur que vous avez identifié, dans le cadre de votre prise en charge ;
2. La transmission aux organismes en charge de la réalisation d'enquêtes sanitaires destinées à identifier les personnes qui ont été en contact avec un patient dont l'examen s'est révélé positif, à assurer leur suivi, pour limiter la propagation du virus et rompre ainsi les chaînes de contamination (Agences Régionales de Santé, organismes d'Assurance Maladie, Santé Publique France) ;
3. La mise à disposition de données pseudonymisées (non identifiantes) utiles à la surveillance épidémiologique et à la production de statistiques anonymes (Santé Publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la santé) ;
4. La transmission de données pseudonymisées à la plateforme des données de santé (Health data Hub) à des fins de recherche dans le domaine de la santé.

Les catégories de données enregistrées dans SI-DEP sont les suivantes : données d'identification, coordonnées (dont le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques) et situation, coordonnées des médecins responsables, caractéristiques techniques du prélèvement et informations sur le résultat de l'examen. Les données sont conservées dans le traitement pendant une durée maximale d'un an.

Vous ne pouvez pas vous opposer aux trois premiers traitements de données dans SI-DEP, en raison des forts enjeux de santé publique. En revanche, vous pouvez vous opposer à la mise à disposition de vos données dans la plateforme des données de santé à des fins de recherches dans le domaine de la santé.

Pour obtenir l'ensemble des informations sur ce dispositif, nous vous invitons à consulter le site du ministère 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 .Correspondant à la 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](mailto:sidep-rgpd@sante.gouv.fr).

Je soussigné(e)..... déclare avoir lu cette information délivrée par le ministère des solidarités et de la santé et donne mon accord pour que le résultat de cette analyse soit transmis selon la procédure détaillée ci-dessus, par le laboratoire en charge de ce prélèvement.

A.....

Le..... Signature.....