



❖ MEDECIN PRESCRIPTEUR / MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

❖ PRELEVEMENT (Cadre réservé au préleveur)

Date & Heure du prélèvement :

Effectué par (nom & qualité) :

Nature du prélèvement : Nasopharyngé Salivaire

❖ 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 :

Pays de provenance, si retour de voyage à l'étranger (<14 jours) :

❖ CONTEXTE : Renseignements obligatoires pour statuer sur la prise en charge par l'Assurance Maladie

- Symptômes de l'infection de la covid-19** (*Prescription médicale de moins de 48H obligatoire*)
Date d'apparition : ≤ 2 jours 2-4 jours 5-7 jours 8-14 jours ≥ 15 jours Ne sait pas
- Soins programmés dans les 72 heures** (*Prescription médicale obligatoire*)
- Femme enceintes ou membres restreints de sa famille** (*Prescription médicale obligatoire*)
- Assuré présentant un schéma vaccinal complet**
- Contre-indication médicale faisant obstacle à la vaccination**
- Assuré présentant un certificat de rétablissement des suites de contamination**
- Mineur**
- Cas contact confirmé par l'ARS ou la Sécurité Sociale**
- Personne faisant l'objet d'un dépistage collectif** (*ARS, Préfecture ou Etablissement d'enseignement*)
- Confirmation RT-PCR d'une personne présentant un résultat de test antigénique positif de moins de 48H**
- Personne se déplaçant entre la métropole et les collectivités d'Outre-mer** (*Arrivée, Isolement, Quarantaine*)
- Personne provenant d'un pays classé dans une zone de circulation du virus** (*Isolement, Quarantaine*)
- Test RT-PCR non pris en charge par l'Assurance Maladie**
 - Je reconnais avoir été informé du montant de l'examen (50€).*
 - Je reconnais avoir été informé de la réalisation d'un éventuel criblage (40€)*

} Signature :

❖ DONNEES ADMINISTRATIVES (Cadre réservé au laboratoire)

Vérification par le laboratoire du justificatif de prise en charge à présenter par le patient – Initiales :



Lutte contre l'épidémie de COVID-19

Formulaire de consentement individuel "SI-DEP"

Depuis le 1^{er} février 2023, l'usage du système d'information « SI-DEP », permettant la délivrance des résultats des tests pratiqués par l'ensemble des laboratoires et structures autorisés à réaliser le diagnostic de Covid-19, est conditionné au recueil préalable du consentement des personnes concernées, au partage de leurs données personnelles à cette fin. Conformément à la volonté du législateur, le système d'information « SI-DEP » sera maintenu en activité jusqu'au 30 juin 2023.

Par conséquent, en l'absence de consentement du patient,

- Le professionnel de santé, qui réalise le test covid, ne peut plus transmettre au SI-DEP les données personnelles du patient ;
- Le SI-DEP ne peut plus générer et envoyer à ce patient un justificatif d'absence de contamination ou un certificat de rétablissement.

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse postale	

J'autorise mon laboratoire Cerballiance à transmettre mes données à caractère personnel concernant la santé, dans le cadre de test virologique ou sérologique Covid (y compris les résultats), au SI-DEP.

Fait à :	
Le :	
Signature :	