**PATIENT**

Nom : ………………………………………………………………………………… N° Sécu :

Nom de naissance : …………………………………………………………… Caisse : ……………………………………………………………………………………………...

Prénom : …………………………………………………………………………… Mutuelle (Nom et n° AMC) : …………………………………………………………………...

Sexe : FM Adresse : ……………………………………………………………………………………………...

Date de naissance : Code postal : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Ville : …..………………………………………

**N° de téléphone** : ……………………………………………………………… Type de résidence : Individuelle (maison, appartement)Collectivité

**Email**: ………………………………………………………………………………………. Si collectivité, précisez le type : …………………………………………………………....

Le patient est un professionnel intervenant dans le système de santé

Adresse email : …………………………………………………………………………………….

 *JJ MM AAAA*

*ex. : Hôpital, EHPAD, Milieu carcéral, Caserne, Résidence étudiante…*

*(Lieu de résidence actuelle)*







Mail / Serveur *(renseigner votre Email dans le cadre PATIENT)*

Retrait au laboratoire

Courrier *(uniquement en l’absence d’autre choix)*

Nom du préleveur : ……………………………

Date : Heure : \_\_\_ : \_\_\_

Nature : Nasopharyngé Oropharyngé  Salivaire

**TRANSMISSION DES RÉSULTATS**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

***Nature des symptômes :***

**Signes respiratoires (toux, rhume)**, à un moment donné, dans les 10 derniers jours : Oui Non

 Si Oui, date d’apparition des signes respiratoires : ……………………………………

**Fièvre**, à un moment donné, dans les 10 derniers jours : Oui Non

***Date d’apparition des premiers symptômes*** *(tous symptômes confondus : fatigue, mal de gorge, signes respiratoires, fièvre, signes digestifs…) :*

Moins de 24h avant le prélèvement 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement Entre 15 et 28 jours avant le prélèvement

2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement Entre 8 et 14 jours avant le prélèvement Plus de 4 semaines avant le prélèvement

**Vaccination COVID : Vacciné Non vacciné**

**Si vacciné**, date de la dernière injection : < 15 jours 15 jours à 3 mois 3 à 6 mois > 6 mois

**Vaccination Grippe : Vacciné Non vacciné**

 **Si vacciné**, date de la dernière injection : < 15 jours 15 jours à 3 mois 3 à 6 mois > 6 mois

**PRÉLÈVEMENT** *(à remplir par le préleveur)*

L’infection par le SARS-Cov19 (COVID) est une maladie inscrite sur la liste des maladies qui exigent une surveillance particulière pour la protection de la santé publique et donnent lieu à un signalement auprès de l’Agence Régionale de Santé (ARS) conformément à l’article D.3113-9 du code de la santé publique (CSP). Par conséquent, les résultats de votre examen seront transmis à l’ARS de votre région après pseudonymisation des données. Les catégories de données personnelles transmises sont définies à l’article R. 3113-2 CSP. Vous ne pouvez pas vous opposer à cette transmission aux autorités compétentes (art. R3113-7 du CSP). Vos droits d’accès, de rectification et à la limitation du traitement, respectivement prévus aux articles 15, 16 et 18 du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), s’exercent auprès de l’ARS ou de l’Agence Nationale de Santé Publique à laquelle elles ont été transmises.

**RÉSERVÉ AU LABORATOIRE**

Date réception :  Heure : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Par : …………………

*Si test antigénique :* Identification du Réalisateur du test Ag : …………… Résultat du test Ag : Positif Négatif