

**PCR COVID 19**

**PATIENT (\* Champ OBLIGATOIRE)**

NOM \*:

NOM DE JEUNE FILLE \*:

PRENOM \*:

NE(E) LE \*: \_\_\_\_\_ SEXE \*:  M  F

ADRESSE \* :

Code Postal \* \_\_\_\_\_

Ville \* :

TELEPHONE PORTABLE (celui des parents si patient mineur) \*:

MAIL (uniquement si patient majeur) \*:

\_\_\_\_\_@

**PATIENT (\* Champ OBLIGATOIRE)**

N° SS \*: \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_

*Pour les patients mineurs préciser le n° SS du parent*

Lieu de résidence \* :

Hébergement individuel (appartement, maison, colocation)

Hébergement collectif (internat, logement étudiant, foyer ...)

Nom du Lycée \* :

**CADRE RESERVE AU PRELEVEUR (\* Champ OBLIGATOIRE)**

Préleveur \* : .....

Date et heure du prélèvement \*:

Le ...../..... /..... à ..... h .....

**RECUEIL DU CONSENTEMENT DES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE (OBLIGATOIRE UNIQUEMENT POUR LES MINEURS)**

Le/ les parent(s), après avoir pris connaissance de la fiche d'information, consent(ent) à la réalisation du test sur leur enfant.

Dans l'hypothèse où les deux parents sont titulaires de l'autorité parentale, le formulaire peut être signé par un seul d'entre eux, le parent signataire garantissant que le second titulaire de l'autorité parentale consent également à la réalisation du test de dépistage sur son enfant.

Fait à :

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature(s) :

**CADRE RESERVE AU LABORATOIRE**

Réception par : ..... Date : ..... / ..... / ..... à Heure : .....h .....

Conforme :  Oui  Non

## A REMETTRE SYSTEMATIQUEMENT AU PATIENT

Après la réalisation du prélèvement, vous devriez recevoir vos résultats dans les 48-72h maximum par un SERVICE DE RÉSULTATS EN LIGNE CERBALLIANCE, également disponible par application mobile :

### 1. VOUS AVEZ FOURNI VOTRE ADRESSE E-MAIL PERSONNELLE

L'adresse mail doit être **PERSONNELLE**, elle ne peut servir que pour un seul membre majeur de votre famille, si vous avez fourni plusieurs fois la même adresse ou qu'il s'agit d'un mineur, la diffusion se fera par SMS (cf chapitre2.).

Dès que vos résultats seront disponibles, vous recevez un e-mail afin d'activer votre Espace patient.

Il ne restera plus qu'à créer votre mot de passe personnalisé, vous conserverez vos résultats durant 2 ans sur cet espace personnalisé.

### 2. VOUS N'AVEZ PAS FOURNI DE MAIL MAIS UNIQUEMENT UN NUMERO DE PORTABLE

Dès que vos résultats seront disponibles, vous recevrez un SMS afin de pouvoir les consulter. Ce SMS contient un lien cliquable ainsi que votre numéro de dossier.

Cliquez sur le lien et renseignez les 3 champs suivants :

- Votre numéro de sécurité sociale (donné à l'enregistrement de votre dossier)
- Votre numéro de dossier patient (qui se trouve dans le SMS)
- Le code d'accès qui correspond à votre date de naissance (**JJMMAAAA**)

### 3. VOUS N'AVEZ FOURNI NI MAIL, NI PORTABLE OU VOUS NE RECEVEZ PAS VOS RESULTATS

Vous avez fourni un numéro de téléphone fixe : si votre résultat est positif ; il vous sera communiqué par téléphone. Sinon il vous sera envoyé par courrier postal.

Vous avez fourni un mail et/ou portable et **après 72h après le prélèvement** vous ne recevez pas vos résultats : vous pouvez appeler UNIQUEMENT du L au V de 8h à 18h00 et le Samedi du 8h à 16h. votre laboratoire habituel Cerballiance ou le 04 77 49 59 00 ; Notre service de garde d'urgence (soirs et dimanches) n'est pas en mesure de gérer les problèmes de diffusion de résultats.

#### **INFORMATION OBLIGATOIRE AU PATIENT RELATIVE AU DEPISTAGE COVID**

*Cerballiance Loire (ci-après le « Laboratoire ») dont le siège social est 4 rue traversière 42000 Saint-Etienne, est amenée, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire. Les finalités de ce traitement sont l'enregistrement et le traitement de votre dossier par le Laboratoire, la réalisation de vos examens de biologie médicale et la restitution de vos résultats. La base juridique de ce traitement est l'exécution d'un contrat. Les destinataires de ces données sont i) le cas échéant, le laboratoire de biologie médicale auquel la réalisation de la phase analytique de l'examen de biologie médicale pourrait être sous-traitée conformément aux règles du Code de la santé publique applicables, ii) le cas échéant, votre médecin traitant, iii) la Direction générale de la santé (DGS) du ministère des Solidarités et de la Santé dans le cadre du SIDEP, iv) les organismes d'assurance maladie sans le cadre du SIDEP. Vous disposez d'un droit de demander au Laboratoire l'accès aux données à caractère personnel vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation de leur traitement. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement et du droit à la portabilité de vos données à caractère personnel. Veuillez toutefois noter, qu'en application de la réglementation, les données collectées et celles figurant dans votre compte-rendu d'examen seront conservées pendant 10 ans à compter de la date de réalisation de l'examen de biologie médicale. Vous pouvez faire valoir vos droits ou adresser vos demandes par email à : Responsable à la Protection des Données – Cerballiance Loire à l'adresse mail suivante : [rpd.loire@cerballiance.fr](mailto:rpd.loire@cerballiance.fr). Si, pour quelle que raison que ce soit, vous considérez que la réponse du Laboratoire n'est pas satisfaisante, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).*