



COVID-19 | **PROTÉGEONS NOUS
PROTÉGEONS NOS PROCHES**

TOUS DÉPISTÉS AVANT NOËL



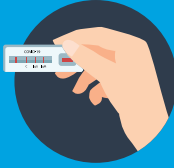
**TESTS
GRATUITS**



**RÉSULTAT
RAPIDE**



**SANS RDV
NI ORDONNANCE**



**TESTS
ANTIGÉNIQUES**

**19 ET 20 DÉCEMBRE 2020
DE 8H30 À 16H**

**SALLE DES PRAIRIES
16 AVENUE FRANÇOIS MITTERRAND
VOIRON**



La Région
Auvergne-Rhône-Alpes



COVID-19

19 ET 20 DÉCEMBRE 2020

**TOUS DÉPISTÉS
AVANT NOËL**

> Se faire dépister

Personnes éligibles au test antigénique :

- Personnes symptomatiques dont les symptômes sont apparus dans un délai inférieur ou égal à 4 jours
- Personnes asymptomatiques

Sont exclues du test :

- Les personnes qui ont des symptômes depuis plus de 4 jours
- Les personnes qui sont « cas-contact » (qui ont été contactées par l'assurance maladie)

> Les conditions

- ✓ **Gratuit, sans rendez-vous ni ordonnance**
- ✓ **Complétez le formulaire de renseignements**
- ✓ **Munissez-vous de votre pièce d'identité et de votre carte Vitale**
- ✓ **Présentez-vous au centre de dépistage avec un masque et respectez les gestes barrières**

> Quel que soit le résultat : restez prudents, respectez les gestes barrières

Les gestes barrières demeurent la meilleure protection contre le virus. Même en présence de proches, il est indispensable de les respecter



OÙ SE FAIRE DÉPISTER ?

19 ET 20 DÉCEMBRE 2020 DE 8H30 À 16H
Salle des prairies
16 avenue François Mitterrand
Voiron

Formulaire de renseignements

Formulaire de renseignements pour la réalisation d'un examen de dépistage de la Covid-19 utilisant les tests rapides antigéniques sur prélèvement nasopharyngé

Avant de réaliser mon examen et afin de permettre aux équipes de dépistage de gagner du temps et 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
- Me présenter sur le site de dépistage avec un masque et respecter les gestes barrières.

*(Les champs munis d'une * sont obligatoires)*

Mes informations d'identité et mes coordonnées de contact :

Nom de naissance* : (jeune fille)

.....

Nom d'usage : (marital)

.....

1^{er} prénom* :

.....

Date de naissance* :

.....

Sexe* : Femme Homme

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

Numéro :

.....

Voie :

.....

.....

Code Postal :

.....

Commune :

.....

Les informations concernant mon hébergement :

- Dans un hébergement individuel privé
- Dans une autre structure d'hébergement collectif

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

.....

et

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.

Formulaire de renseignements

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

- J'ai des symptômes (perte de l'odorat, perte du goût, fièvre, etc.) et ils sont apparus, il y a :
 - Moins de 24h
 - 2, 3 ou 4 jours
 - 5, 6 ou 7 jours
 - Entre 8 et 14 jours
 - Entre 15 et 28 jours
 - Plus de quatre semaines

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

- Fièvre ou sensation de fièvre
 - Signes respiratoires, comme une toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression dans la poitrine
 - Le nez qui coule, un mal de gorge
 - Une fatigue importante inexplicée
 - Une perte du goût
 - Une perte de l'odorat
 - Des maux de tête
 - Des courbatures et/ou des douleurs dans les muscles
 - Une diarrhée avec au moins 3 selles molles dans la journée
- Autre :
.....
.....
- J'ai fréquenté un endroit ou une personne à risque (rassemblement collectif, 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 :

.....

Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie du 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 contacter l'adresse postale '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.