

## Formulaire clinique de prélèvement d'échantillons COVID-19

### Section A : Informations démographiques

NOM (de famille)	(Prénom)	(Initiale 2 <sup>e</sup> prénom)
ADRESSE POSTALE		
VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
DATE DE NAISSANCE  <div style="text-align: center;">             _____ / _____ / _____              Mois / Jour / Année           </div>	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
LIEU DE LA CLINIQUE / PRÉLÈVEMENT DES ÉCHANTILLONS :		

### Section B : Informations sur le prélèvement des échantillons

Pour le test de diagnostic initial du SRAS-CoV-2, le CDC recommande de prélever et de tester un échantillon des voies respiratoires supérieures par prélèvement sur écouvillon nasal dans les narines antérieures.

Le prélèvement par écouvillon nasal des narines antérieures est effectué en insérant doucement un écouvillon dans la narine au moins 1 cm (0,5 pouce) et en frottant fermement la membrane nasale, en tournant l'écouvillon et en le laissant en place pendant 10 à 15 secondes. Retirant ensuite l'écouvillon avec précaution et effectuant un prélèvement dans l'autre narine avec le même écouvillon.

### Section C : Informations sur le partage des données médicales personnelles

Dans le cadre du processus de test, je comprends et j'accepte, pour moi-même et/ou un mineur de moins de 18 ans et/ou un enfant en tutelle, que mes données médicales personnelles (mon nom, ma date de naissance, l'échantillon du test et le résultat du test) seront partagées avec des tiers en dehors du ministère de la Santé du Vermont (CIC Health, CareEvolve et Ellkay) uniquement aux fins du traitement de mon échantillon, de l'évaluation et de l'autorisation des tests, le cas échéant, et de me fournir les résultats, à moi et au ministère de la Santé. Le ministère de la Santé et lesdits tiers se conforment tous aux exigences des lois fédérales et étatiques sur la confidentialité pour la protection des données médicales personnelles, y compris la HIPAA, et utiliseront tous les efforts commercialement raisonnables pour ne divulguer aucune information médicale individuellement identifiable, sauf dans les circonstances suivantes : en cas d'urgence ; à des fins de recherche de contacts ; pour informer les autres sur leurs risques et autrement comme la loi l'autorise ou l'exige.

Je reconnais également que j'ai reçu des informations sur l'avis de confidentialité de l'État du Vermont [[Lien](#)] et les politiques de confidentialité spécifiques des tiers [[Lien](#)]. Je comprends en outre que mes données médicales personnelles peuvent être utilisées, dans un format anonymisé et sans limitation, à des fins de recherche appropriées pour améliorer la compréhension humaine du SRAS-CoV2 et/ou COVID19, afin de développer des diagnostics et des traitements et promouvoir les progrès scientifiques ou techniques.

Si vous avez des questions, veuillez contacter : [margaret.robinson@vermont.gov](mailto:margaret.robinson@vermont.gov) ou les poser à la personne qui vous a remis ce formulaire.

**Section D : Consentement**

En apposant ma signature ci-dessous, j'accepte ce qui suit :

- J'ai consulté les informations sur la manière dont un prélèvement d'échantillons du COVID-19 est effectué et sur la manière dont mes données médicales seront partagées et protégées.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions.
- J'autorise le ministère de la Santé du Vermont et les tiers associés (CIC Health) à effectuer le prélèvement d'échantillons et à prendre les mesures nécessaires pour le test ultérieur de cet échantillon pour le COVID-19.
- Je comprends et j'accepte le partage nécessaire de mes données médicales avec des tiers (CIC Health, ixLayer) à des fins de diagnostic médical et de protection de la santé publique (y compris le séquençage génomique du virus à l'aide d'échantillons anonymisés).
- J'ai eu l'occasion de consulter l'avis de confidentialité du ministère de la Santé et les politiques de confidentialité des tiers, et j'accepte leurs conditions.

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Si la personne à tester est âgée de moins de 18 ans :**

**Nom du parent/tuteur légal :**

\_\_\_\_\_  
\*Si le mineur est sous la garde de l'État, la signature d'un représentant autorisé est requise.

**Signature du parent/tuteur légal :**

**Date:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\*Si le mineur est sous la garde de l'État, la signature d'un représentant autorisé est requise.

\*\*\*\*\*

Nom, titre et signature du professionnel de la santé effectuant le prélèvement :

Type de prélèvement d'échantillons effectué :       NP       Nasal

\_\_\_\_\_  
Nom (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Titre/Qualification

\_\_\_\_\_  
Signature

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_