

FORMULAIRE PROVISOIRE

DECLARATION COLLECTIVE DE REALISATION DE TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ANTIGENIQUE ET/OU RT-PCR HORS DU LIEU D'EXERCICE HABITUEL EN APPLICATION DE L'ARTICLE 22 DE L'ARRETE DU 10 JUILLET 2020 MODIFIE

Je soussigné, professionnel de santé demandeur responsable de la réalisation du TROD :

- *[NOM, prénom], [profession autorisée à réaliser les TAG] :*

- inscrit sous le numéro *[insérer numéro]* au tableau de l'Ordre National des *[préciser médecins, pharmaciens, infirmiers] :*

- exerçant à titre habituel à/au *[insérer nom éventuel du cabinet ou de l'officine + adresse] :*

-*contact mail :*

déclare par la présente réaliser :

des tests rapides d'orientation diagnostique antigéniques nasopharyngés de détection du SARS-CoV-2. : liste des professionnels de santé

des tests RT-PCR en lien avec un laboratoire d'analyse de biologie médicale

Cette /ces opération(s) sera/seront réalisée(s) dates :

- le

- ou du au

Dans le ou les lieux suivants : *[insérer adresse du point temporaire de dépistage]*

Les professionnels de santé appelés à réaliser les tests sont (nom-prénom-profession-n°RPPS) :

Les professionnels de santé listés s'engagent à respecter les conditions figurant à l'annexe 2 de l'article 26-1 de l'arrêté du 10 juillet 2020 modifié afin de garantir un niveau de qualité et de sécurité sanitaire suffisant de l'opération visée par la présente ainsi que toutes les dispositions législatives et réglementaires en vigueur applicables à la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique

antigéniques et garantis l'enregistrement de ces résultats, le jour même, dans le système dénommé « SI-DEP » institué par le décret du 12 mai 2020 susvisé.

En tant que de besoin le demandeur responsable s'engage à solliciter l'autorisation d'occupation du domaine public auprès de l'autorité compétente et à ne pas commencer la ou les opération(s) tant que celle-ci n'aura pas été délivrée.

Fait à *[ville]* le *[insérer date]*,
Signature du professionnel

Fait à *[ville]* le *[insérer date]*,
Signature et cachet du laboratoire si test RT-PCR

Merci d'envoyer ce formulaire avec accusé de réception à la préfecture au minimum 48h avant la date de dépistage prévue à l'adresse suivante :
pref-depistage-covid19@savoie.gouv.fr