Opération Test antigénique
Cité scolaire Julie Daubié ROMBAS - 25 au 27 janvier 2021

COVID-19 :
Fiche de renseignements

Date du prélèvement : (infirmière)

Autorisation de test Covid-19

Monsieur / Madame : ……..……..
Père / mère de l'enfant : ……..…

Autorise mon enfant :
□ A bénéficier de l'opération de dépistage a la COVID-19 déployé au sein du lycée (merci de renseigner les tableaux ci-dessous)

Si les résultats du test pratiqué sont positifs, j'autorise mon enfant :
□ A quitter le lycée pour s'isoler immédiatement au domicile/ a quitté le collège accompagné d'un adulte ayant signé une décharge
□ A communiquer ses résultats au personnel de santé de l'Education nationale afin de rechercher les personnes contacts a risque à isoler

Fait à : …… le : |_|_|/01/2021 Signature :

Tableaux ci-dessous à remplir uniquement si vous souhaitez que votre enfant soit dépisté :

Questionnaire dépistage du Covid-19	**Informations obligatoires**	
Nom :	Prénom :	Sexe :
Nom de naissance :	Date de naissance :	Interne : ❑ oui ❑ non
Nom médecin traitant :		
Email :	Numéro de portable :	
Numéro de sécurité sociale :	Caisse de rattachement : Département :	

Si symptômes	❑ DATE :	❑ Absence de symptômes
Symptômes		**Facteurs de risques**
❑ Fièvre supérieure à 37,5 sur plusieurs heures		❑ Hypertension artérielle
❑ Toux sèche ou grasse		❑ Antécédents accident vasculaire cérébral
❑ Sensation d'oppression		❑ Pathologies coronariennes
❑ Sensation d'essoufflement		❑ Insuffisance cardiaque
❑ Douleur thoracique		❑ Antécédent de chirurgie cardiaque
❑ Courbatures		❑ Diabète insulino-dépendant non équilibré
❑ Frissons		❑ Pathologie respiratoire chronique
❑ Maux de tête		❑ Patient dialysé
❑ Fatigue inhabituelle		❑ Professionnel de santé
❑ Perte de l'odorat		❑ Cancer sous traitement
❑ Perte du goût		❑ Grossesse
❑ Symptômes digestifs		❑ Plus de 70 ans
		❑ Obésité IMC > 30Kg/m²
		❑ Malformation des fosses nasales
		❑ cas confirmé – de 2 mois
		❑ identifié cas contact à risque