

Opération Test antigénique Lycée Fabert Metz – du 16 au 23 mars 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

Si les résultats du test pratiqué sont positifs, j'autorise mon enfant :

A quitter le lycée pour s'isoler immédiatement au domicile

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 : |_|_|/03/2021

Signature :

Questionnaire dépistage du Covid-19	<u>Informations obligatoires</u>	
Nom :	Prénom :	Sexe :
Nom de naissance :	Date de naissance :	Interne : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom médecin traitant :		
Email :	Numéro de portable :	
Numéro de sécurité sociale :	Caisse de rattachement :	
	Département :	

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