

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT	___/___/___ à ___h___	Etiquette Laboratoire	NUMERO DE DEPISTAGE	
NOM DU PRELEVEUR				
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARENTAL POUR LES MINEURS				
Je, soussigné(e) Mme/M(nom, prénom) :				
Responsable légal de l'enfant :				
Nom		Prénom		
Date de naissance			Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<i>Si dépistage en milieu scolaire, en classe de :</i>				
Adresse permanente			CP	
	Ville		Pays	
Téléphone				
Mail	@			
N° de sécurité sociale	___	___	___	___
Caisse de sécurité sociale	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CNMSS <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> autres : _____			
Autorise mon enfant à bénéficier d'un prélèvement salivaire en vue de la réalisation d'un test RT-PCR sars-cov2 de dépistage de la covid-19 au sein de son établissement			<u>Date et signature du responsable légal :</u>	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			PROTOCOLE DE REALISATION DU PRELEVEMENT SALIVAIRE	
CONTEXTE : <input type="checkbox"/> SYMPTOMES <input type="checkbox"/> CONTACT : contact COVID positif <input type="checkbox"/> J7 <input type="checkbox"/> J10			Quand ? À tout moment de la journée MAIS plus de 30 minutes après la dernière prise de boissons, d'aliments, de cigarettes , d'un brossage de dents ou d'un rinçage bucco-dentaire	
APPARITION DES SYMPTOMES : <input type="checkbox"/> ASY : asymptomatique (pas de symptômes) <input type="checkbox"/> S01 : symptômes apparus le jour ou la veille <input type="checkbox"/> S24 : symptômes apparus 2,3 ou 4 jours avant <input type="checkbox"/> S57 : symptômes apparus 5 à 7 jours avant <input type="checkbox"/> S814 : symptômes apparus entre 8 et 14 jours avant <input type="checkbox"/> SS34 : symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant <input type="checkbox"/> SP4S : symptômes apparus plus de 4 semaines avant <input type="checkbox"/> U : ne sait pas			Comment ? Recueillir la salive dans un flacon sec et stérile après salivation 30s Et après ? - Identification complète du flacon (nom, prénom, date de naissance, date et heure de recueil) - mettre le flacon dans le sachet transmis par le laboratoire - fermer le sachet - se laver les mains au gel hydro-alcoolique	
SYMPTOMES : <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Signes d'infection respiratoire <input type="checkbox"/> Anosmie/agueusie (perte odorat/perte de goût) <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires/articulaires <input type="checkbox"/> Signes digestifs (diarrhées, vomissements) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____			Conserver le flacon à température ambiante et l'acheminer le plus rapidement possible. Si retard de transfert au laboratoire, le mettre au réfrigérateur	