

Fiche patient mineur
Test antigénique infection SARS-Cov2 - page 1

Je me présente avec un masque et je respecte les gestes barrières

N° patient :

Ce numéro vous sera précisé au moment du dépistage

Informations patient mineur :

Nom de naissance :

Prénom :Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Sexe : Masculin Féminin Scolarisé au (lycée, collège, école) :

Numéro de sécurité sociale du représentant légal : _____ (15 chiffres)
ou celui du mineur s'il est déjà attribué.

N° téléphone mobile du représentant légal : Numéro de téléphone fixe :
.....

N° téléphone mobile du mineur : Courriel du représentant légal :
.....@.....

Adresse de résidence principale :

N° Voie

Complément :

Code postal :

Commune :

Pays :

Autorisation du représentant légal :

Madame, Monsieur (Nom prénom)

représentant légal de l'enfant (Nom prénom)

né(e) le (JJ/MM/AAAA) autorise la pratique d'un test nasopharyngé en vue

d'un dépistage antigénique de la COVID 19 sur mon enfant dans le cadre des campagnes organisées au sein des établissements scolaires.

Ce test sera enregistré sur la base de données SIDEP 5(Système d'Information de DEpistage Populationnel) du Ministère des solidarités et de la santé.

En cas de test positif, vous serez informé.

Signature du représentant légal

Médecin traitant (Nom et Prénom) :

Signature du représentant légal

Fiche patient mineur

Test antigénique infection SARS-Cov2 - *page 2*

N° patient :

Professionnel de santé ayant réalisé le TAG antigénique	
Nom :	
Prénom :	
Informations sur la réalisation du TAG	
Date et heure de réalisation du test :	
Nom, marque et référence du TAG :	
Numéro de lot :	

Patient.e	
Nom :	
Prénom :	
NUMERO DOSSIER	

J'ai des symptômes :

oui non

Je suis identifié comme contact à risque :

oui non

J'ai été cas confirmé il y a moins de 2 mois :

oui non

Malformations / chirurgie fosses nasales

oui non

J'ai séjourné à l'étranger ces 14 derniers jours

oui non

J'ai été en contact avec une personne qui a séjourné à l'étranger ces 14 derniers jours

oui non

DATE :

Résultat du test		
<input type="checkbox"/> POSITIF	<input type="checkbox"/> INDÉRTERMINÉ	<input type="checkbox"/> NEGATIF

Information du représentant légal : oui non

Information du patient : oui non

Date :

Signature du professionnel de santé :