

Annexe 2 : questionnaire d'investigation cas index et personnes contacts

Questionnaire élève de collège ou lycée

Nom de l'établissement

Commune :

Nom et téléphone du chef d'établissement :

.....

Nom et téléphone/mail du professionnel de santé de l'Education Nationale qui renseigne le questionnaire :

.....

Coordonnées de l'élève symptomatique

Nom :

Prénom :

Sexe : M ☐ F ☐ Date de naissance : ____/____/____

Classe fréquentée :+ préciser si cours en groupe : **OUI – NON**

Etudes surveillées en groupe : OUI - NON

Régime : Externe - Demi-pensionnaire - Interne (Barrer les mentions inutiles)

Transport scolaire : OUI – NON (Barrer la mention inutile)

Coordonnées des responsables de l'élève :

	Responsable 1	Responsable 2
Nom-Prénom		
Téléphone		
Téléphone portable		
Adresse		
Mail		
Profession		

Coordonnées du médecin traitant

Nom : Prénom :

Tel :

Adresse : Code Postal : / /

Commune : Email :

Date de l'entretien téléphonique avec la famille et/ou le médecin traitant :

.....

L'élève présente des signes évocateurs de covid19 au moment de l'entretien ? (Cf. annexe1)**OUI – NON – NSP (Barrer les mentions inutiles)**

si OUI lesquels :

.....

si OUI Date de début des symptômes

Y a t-il dans le foyer d'autres personnes présentant des symptômes similaires ou des symptômes évocateurs de COVID 19 ?**OUI - NON - NSP****Une personne du foyer a-t-elle été en contact avec une ou des personnes malades du Covid 19 :****OUI - NON - NSP**Si OUI cette personne a-t-elle été testée : **OUI - NON - NSP**Cette personne a-t-elle été hospitalisée : **OUI - NON - NSP**

Préciser les résultats du test (si connu) et les modalités de contact avec la personne malade :

Le médecin traitant a-t-il prescrit un test RT-PCR à l'élève OUI NON**Le médecin traitant a-t-il isolé d'emblée toute la famille OUI NON****Le médecin traitant a-t-il prescrit un test à toute la famille OUI NON**