

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

**Questionnaire élève d'école maternelle ou élémentaire**

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**

**Repas pris à la cantine :    OUI – NON (Barrer la mention inutile)**

Si Oui dans quelle structure : .....

Jours de présence à la cantine : Lu - Ma - Mer - Je - Ve - Sa - Di – (entourer les jours de présence)

Coordonnées du responsable de la structure : .....

.....

**Elève présent en garderie périscolaire:    OUI – NON (Barrer la mention inutile)**

Jours de présence à la garderie : Lu - Ma - Mer - Je - Ve - Sa - Di -

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

**Coordonnées des responsables de l'enfant :**

	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**