



Date :

Heure :

<b>Annexe 2 COVID-19   Questionnaire pédiatrique dépistage COVID-19</b>					
		<i>Enfant</i>		<i>Parent</i>	
		<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<b>1. Avez-vous voyagé dans les 15 jours en dehors de la France (y compris Mayotte et Guyane)</b>		<i>test</i>		<i>test</i>	
<b>2. Avez-vous dans les 15 derniers jours été en contact étroit avec une personne covid-19 avéré</b>		<i>test</i>		<i>test</i>	
<b>3. Avez-vous actuellement ou dans les 2 derniers jours présenté un ou plusieurs symptômes suivants de façon inhabituelle :</b>					
<b><i>Symptômes majeurs</i> (test si &gt; 1 oui)</b>					
Fièvre (température mesurée >38°C)					
Toux sèche					
Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min)					
Anosmie (perte de l'odorat)					
Agueusie (perte du goût)					
<b><i>Symptômes mineurs</i> (test si &gt; 2 oui)</b>					
Maux de gorge					
Rhinorrhée (« nez qui coule »)					
Douleur thoracique					
Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures)					
Altération de l'état général ou fatigue importante					
Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation)					
Céphalées (« maux de tête »)					
Diarrhées					
Nausées et/ou vomissements					
Éruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts ou à la main					
<b>Si oui à la question N°1 et 2 = dépistage Covid-19</b>					
<b>Si pour la question N°3 = <math>\geq 1</math> symptôme majeur et/ou <math>\geq 2</math> symptômes mineurs = PCR COVID-19</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>		
<b>Résultat COVID-19 (si prélèvement)</b>		<b>+</b>	<b>-</b>	<b>+</b>	<b>-</b>

Nom :

Signature :