



MR60969

## AUTORISATION PARENTALE DÉPISTAGE COVID-19 ENFANTS DE MOINS DE 14 ANS

Identification de l'utilisateur

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

D.D.N. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

AAAA

MM

JJ

### *Cliniques désignées de dépistage (CDD)*

#### **Mise en contexte :**

Votre enfant a été ciblé pour un dépistage Covid-19 qui aura lieu directement à son école.

Pour réaliser le dépistage de la COVID-19, deux méthodes de prélèvement sont possibles, soit la méthode par gargarisme et la méthode par écouvillonnage.

Si votre enfant est âgé de plus de 6 ans et qu'il est apte à bien comprendre les consignes pour réaliser adéquatement la méthode par gargarisme, cette technique sera privilégiée. Voici une courte description des méthodes de prélèvement possibles :

#### Méthode par écouvillonnage :

Le professionnel de la santé va introduire un écouvillon (s'apparentant à un coton-tige) dans la bouche de votre enfant (près du palais) et dans une de ses narines pour fin d'analyse.

#### Méthode par gargarisme :

Votre enfant se gargarise la bouche avec 5 mL d'eau Naya ou Eska pendant 20 secondes et crache l'eau dans un contenant à cet effet pour fin d'analyse.

Après avoir pris connaissance de ce qui précède et avoir eu le bénéfice de poser toutes mes questions, je, soussigné (indiquer le nom), à titre de titulaire de l'autorité parentale de mon enfant (indiquer nom de l'enfant) :

- Consent à ce que mon enfant soit dépisté à son école et m'engage à cet effet à compléter les sections suivantes du présent formulaire ainsi que la fiche d'identification qui y est annexée.
- Refuse que mon enfant soit dépisté à son école et je vais me déplacer avec lui dans un centre de dépistage.

Nom :

Prénom :

N° dossier :

**Information à compléter par le parent / tuteur qui accepte le dépistage à l'école :**

**Consentement à la transmission du résultat de dépistage par courriel :**

Les outils utilisés par le CIUSSS MCQ permettent d'assurer la confidentialité des informations transmises par courriel, mais il est possible que le fournisseur de messagerie courriel de l'utilisateur, son représentant ou tuteur n'assure pas un même niveau de confidentialité. Donc, avant de recevoir un courriel, l'utilisateur, son représentant ou tuteur peut effectuer des vérifications auprès de son fournisseur de messagerie

Il appartient à l'utilisateur, son représentant ou tuteur de s'assurer de maintenir la confidentialité des messages courriel qu'il reçoit si tel est son souhait, et ce, en évitant que d'autres personnes aient accès à sa messagerie.

- J'ai pris connaissance des informations ci-haut concernant l'envoi d'un résultat par courriel.
- J'autorise que le résultat de mon enfant soit acheminé à l'adresse courriel suivante :

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

**Contre-indications au dépistage COVID-19 par méthode d'écouvillonnage :**

**Veillez indiquer si votre enfant présente l'une ou plusieurs des contre-indications suivantes**

- Mon enfant a une obstruction des voies nasales autre qu'une congestion nasale.
- Mon enfant vit actuellement un épisode de saignement de nez.
- Mon enfant a vécu un épisode de saignement de nez dans la dernière semaine.
- Mon enfant a subi une chirurgie :
  - De la bouche dans la dernière semaine;
  - Du nez dans le dernier mois (adulte) OU;
  - Du nez dans les trois dernières semaines (enfant).
- Mon enfant présente un épisode de respiration sifflante.

Si votre enfant présente une contre-indication au dépistage, le prélèvement ne peut pas être effectué.

Référez-vous à votre médecin.

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ