

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Veillez fournir les informations suivantes sur la personne qui a subi le test de dépistage. Veillez imprimer lisiblement au stylo noir ou bleu et assurez-vous que toutes les sections sont remplies. Si nécessaire, un employé de CHEO peut vous contacter pour confirmer certaines informations. En fournissant votre courriel, vous acceptez d'être contacté par courriel au sujet du test de dépistage.

## SECTION UN - OBLIGATOIRE à remplir - imprimez également ces informations sur l'étiquette

Nom (comme écrit sur la carte de santé)			Date de naissance	Sexe
Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille	J J / M M / A A A A	

## SECTION DEUX - Complétez la section deux ou le formulaire en ligne

En Ligne: Si possible, remplissez le reste de ce formulaire d'inscription en ligne à [redcap.link/SampleRegistration](https://redcap.link/SampleRegistration)

Vous recevrez un courriel de confirmation et un numéro d'enregistrement. Veillez enregistrer le numéro ici: \_\_\_\_\_

Formulaire: Sinon, veuillez compléter toutes les parties de ce formulaire



<b>Numéro de la carte santé</b>		<b>Code de version</b>	<b>N° du dossier médical de CHEO</b>
_____		_____	(si connu)
<b>Adresse</b>			<b>Numéro de téléphone</b>
N° d'appartement	Adresse		( ) -
Ville	Province	Code postal	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais préférée: <input type="checkbox"/> Autre: _____
<b>Médecin de famille</b>		<b>Adresse du médecin</b>	<b>N° de téléphone du médecin</b>
_____		_____	( ) -
Enfant / Jeunesse	<b>Nom d'un parent / tuteur légal</b>		<b>Type</b>
	Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille
	Mère / Père / Tuteur		
<b>Autres numéros de téléphone</b>			<b>Adresse courriel</b>
Cellulaire ( ) - Au travail ( ) -			
Adulte	<b>Nom de jeune fille ou alternatif pour l'enregistrement d'enfance au CHEO</b>		<b>Numéro de téléphone cellulaire</b>
	Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille
			( ) -
Facteurs de risque	<b>Symptômes de la COVID-19?</b>		<b>Contact à haut risque?</b>
	<input type="checkbox"/> Aucun symptôme <input type="checkbox"/> Symptomatique depuis: M M / J J <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Mal de gorge <input type="checkbox"/> Écoulement nasal <input type="checkbox"/> Congestion <input type="checkbox"/> Mal de tête <input type="checkbox"/> Éternuement <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires <input type="checkbox"/> Nouveau trouble olfactif (odorat) ou gustatif <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> Autres: _____		<input type="checkbox"/> Aucun contact avec un cas connu de la COVID-19 <input type="checkbox"/> Contact récent avec un cas connu de la COVID-19 (au cours des 10 derniers jours)
			<b>Statut de vaccination COVID-19</b>
			<input type="checkbox"/> Toutes les doses requises reçues il y a > 14 jours <input type="checkbox"/> Non immunisé/série incomplète/≤ 14 jours depuis la dernière dose requise
		<b>Voyage international de 14 derniers jours?</b>	<b>Affiliation Scolaire?</b>
		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Les pays suivants: _____ Date de retour: M M / J J	<input type="checkbox"/> Le Personnel (S) <input type="checkbox"/> Élève (P) <input type="checkbox"/> Famille (F) <input type="checkbox"/> Conducteur (T)
Le Test	<b>Collection</b>		<b>Nom de l'école et EDU #</b>
	Date de Collection: M M / J J Heure de Collection: H H : M M		