

COLLABORATION ÉCOLES PUBLIQUES DE CINCINNATI
en partenariat avec le département de la santé de Cincinnati
CONSENTEMENT AU DÉPISTAGE DU COVID-19

**NE REMPLIR CE DOCUMENT QUE SI VOUS ACCEPTEZ A CE QUE VOTRE ENFANT PEUT FAIRE UN TEST
DU COVID-19 A L'ÉCOLE**

NOM DE L'ÉCOLE : SCHOOL NAME:		Année/Classe titulaire Grade/HR	
INFORMATIONS SUR LE PATIENT EN LETTRES CAPITALES SVP PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION			
(Nom de famille) : (Last Name)			(Prénom) : (First Name)
(Initiale(s) 2e prénom) : (M.I.)		N° de dossier médical/N° de contrôle MRN/Control #	
NOM DE L'ÉLÈVE : STUDENT NAME			
Né(e) le : Date of Birth	Sexe : Sex	<input type="radio"/> Homme Male	<input type="radio"/> Femme Female
		<input type="radio"/> Autre Other	Groupe ethnique : Ethnic Group
			<input type="radio"/> Hispanique Hispanic
			<input type="radio"/> Non hispanique Non-Hispanic
Parent/Tuteur (si différent du patient) : Parent/Guardian (if different than patient)			
Origine raciale : Race	<input type="radio"/> Autochtone d'Alaska Alaskan Native	<input type="radio"/> AM - Amérindienne AM - American Indian	<input type="radio"/> Asiatique Asian
		<input type="radio"/> Noire/ Afro- américaine Black/ African American	<input type="radio"/> Autochtone d'Hawaï Native Hawaiian
		<input type="radio"/> Patient refusé Patient Refused	<input type="radio"/> Inconnue Unknown
			<input type="radio"/> Blanche White
Adresse postale : Appt. n° Street Address: Apt. #	Ville : City:	État : State:	Comté : County:
			Code postal : Zip Code:
N° de téléphone fixe : Home Phone	Autre n° de téléphone : Alternate Phone	Courriel : Email Address	
Carte de soins de santé/N° d'assuré : _____ Medical Card/Insurance ID #			
<input type="radio"/> CareSource <input type="radio"/> Molina <input type="radio"/> Buckeye <input type="radio"/> Paramount <input type="radio"/> United Health Care <input type="radio"/> Pas d'assurance No Insurance <input type="radio"/> AUTRE OTHER			
*L'impossibilité de payer les services ou l'absence d'assurance ne constitueront en aucun cas une raison de priver l'élève d'un test de dépistage de la COVID-19. <i>*No Student will be denied a COVID-19 test due to inability to pay or lack of insurance.</i>			
CONTACT EN CAS D'URGENCE : EMERGENCY CONTACT	Nom : Name	Parenté : Relationship	N° de téléphone : Phone Number
Pouvons-nous laisser des messages à votre contact en cas d'urgence ? Are we able to leave messages with your emergency contact?		Oui _____ Yes	Non _____ No

Autorisation et consentement pour l'exécution d'un test de dépistage de la COVID-19 : J'accepte de mon plein gré et autorise la réalisation de prélèvements, tests et analyses à des fins de dépistage de la COVID-19 par le département de la santé de la ville de Cincinnati, WinMed, Crossroad, Mercy Health, Cincinnati Children's Hospital Medical Center et les Écoles publiques de Cincinnati (CPS, Cincinnati Public Schools), ci-dessous collectivement dénommés « **Collaboration CPS** ». Je reconnais et comprends que soumettre mon enfant à un test de dépistage au coronavirus nécessitera le prélèvement d'un échantillon adéquat par un prestataire médical compétent ou par un fonctionnaire public de la santé au moyen d'un PCR (écouvillonnage nasopharyngé), d'un frottis buccal ou de toute autre procédure de prélèvement respectant les directives du fabricant. Je comprends qu'il existe des risques et des bienfaits lorsque l'on se soumet à un test diagnostique de la COVID-19 et qu'il est possible d'obtenir des résultats faussement positifs ou faussement négatifs. Je comprends que l'entité qui effectue les tests n'agit pas au titre de médecin de mon enfant ; ce test ne remplace pas un traitement par le médecin de mon enfant et j'assume l'entière responsabilité de prendre les mesures appropriées suite aux résultats de test de mon enfant. J'accepte de demander des conseils médicaux, un suivi médical ou un traitement au médecin de mon enfant en cas de question, si je suis préoccupé(e) ou si l'état de mon enfant empire.

Je comprends que le département de la Santé de Cincinnati me communiquera ses « Procédures post-test » (Cincinnati Health Department Post-Test Procedures) et son « Avis sur les pratiques de respect de la vie privée » (Cincinnati Health Department's Notice of Privacy Practices) avant que mon enfant ne réalise un test de dépistage de la COVID-19.

Communication des résultats de test : Je consens à ce que les résultats de test diagnostique de la COVID-19 de mon enfant et d'autres informations connexes soient communiquées à ou obtenues par Collaboration CPS à des fins de traitement ou de continuité des soins, et par le responsable de la Santé de Cincinnati à des fins de transmission à des personnes ou entités, notamment les Écoles publiques de Cincinnati, en vue de contrôler, prévenir ou limiter la propagation du virus.

Divulgence aux autorités gouvernementales : Je reconnais que les résultats du test de mon enfant et toute information associée sont susceptibles d'être communiqués à des entités pertinentes du comté, de l'État, des Écoles publiques de Cincinnati ou d'autres organismes gouvernementaux ou réglementaires, dans la mesure autorisée par la loi.

Communication : Dans toute la mesure autorisée par la loi, je décharge et exonère **Collaboration CPS**, y compris, sans s'y limiter tout agent, directeur, employé, représentant ou mandataire de ses membres respectifs, de toutes réclamations ou poursuites et de tous dommages et intérêts, de quelque nature qu'ils soient, nés de ou liés à tout acte ou toute omission relatifs au test de dépistage de la COVID-19 réalisé chez mon enfant ou à la divulgation des résultats de ce test.

Je reconnais et déclare avoir lu et compris les déclarations reprises dans le présent formulaire, et je marque mon accord avec ces dernières. J'ai reçu des informations sur l'objectif du test de dépistage de la COVID-19, les procédures à mettre en œuvre, les risques et les avantages potentiels, ainsi que sur les coûts associés au dépistage. L'occasion m'a été donnée de poser des questions avant le dépistage de la COVID-19. Je comprends que si je ne souhaite pas poursuivre les prélèvements, tests ou analyses de tests diagnostiques de la COVID-19 relatifs à mon enfant, je peux refuser de bénéficier de ces services permanents. J'ai lu le contenu de ce formulaire dans son entièreté et consens librement à la réalisation d'un test de dépistage de la COVID-19.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Nom du parent/tuteur en lettres capitales : _____

Numéro de téléphone portable : _____

MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT :

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date du test : _____

Partenaire de santé : _____

Résultats du test : _____

Nom du prestataire : _____

Type de test : _____