



Opération OXYCHILD du

ADMINISTRATIF

NOM:		Prénom:	
Date de naissance:		Lieu de naissance:	
Nom et prénom du représentant légal présent:			
Adresse:			
Téléphone:		Courriel:	

INTERROGATOIRE PRE-TEST

TAILLE (en cm):	cms	Poids (en kgs):	Kgs
Antécédents médicaux:			
Antécédents chirurgicaux:			

SCOLARITE

Etablissement scolaire :		Âge de l'enfant:	Ans
Classe:			
Régime:	Externe	Demi-pensionnaire	Interne
Durée du port du masque sur une journée scolaire:		Type de masque porté:	

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je, soussigné....., responsable légal(e) de l'enfant, déclare expressément avoir été(e) suffisamment renseigné(e) sur l'intérêt de l'opération OXYCHILD, autorise le Docteuren présence de (Officier d'état Assermenté) à pratiquer le test Oxymétrique et à en utiliser les résultats afin de réaliser une étude scientifique / statistique et/ou qu'il en soit fait usage pour toute éventuelle instance ou action devant toute autorité ou juridiction judiciaire ou administrative dans la perspective où les résultats de cette étude seraient de nature à mettre en perspective les dangers et effets indésirables découlant de l'obligation du port du masque chez les mineurs de 15 ans et moins de 15 ans.

Signature du représentant légal:	Signature du médecin:	Signature de l'officier d'état public:
----------------------------------	-----------------------	--

PHASE TEST

Le test peut débuter après s'être assuré que les mains de l'enfant soient réchauffées.

PREMIER TEST (Dès la sortie de l'école ou du centre aéré, après le port de masque supérieur à 3H sans discontinuer)

Heure:

SaO2 (saturation en Oxygène)	%	FR (Fréq. Resp.) facultatif	/min
Pouls			0 à 5
État clinique: (Noter de 0 à 5 en cas de présence d'un des signes cliniques pouvant mettre en évidence une hypoxie)	➔ Refus d'aller à l'école: OUI - NON		.....
	➔ Maux de tête: OUI - NON		.....
	➔ Difficulté de concentration: OUI - NON		.....
	➔ Irritabilité: OUI - NON		.....
	➔ Somnolence: OUI - NON		.....
	➔ Fatigue: OUI - NON		.....
	➔ Inconfort: OUI - NON		.....
	➔ Autres:.....		.....

Temps de récupération (retour à une oxygénation normale)

Minutes

DEUXIEME TEST (Sans masque, après 15 minutes d'activités habituelles)

Heure:

SaO2 (saturation en Oxygène)	%	FR (Fréq. Resp.) facultatif	/min
Pouls			0 à 5
État clinique: (Noter de 0 à 5 en cas de présence d'un des signes cliniques pouvant mettre en évidence une hypoxie) Si certains éléments ont changé	➔ Essoufflement: OUI - NON		.....
	➔ Maux de tête: OUI - NON		.....
	➔ Difficulté de concentration: OUI - NON		.....
	➔ Irritabilité: OUI - NON		.....
	➔ Somnolence: OUI - NON		.....
	➔ Fatigue: OUI - NON		.....
	➔ Inconfort: OUI - NON		.....
	➔ Autres:.....		.....

Signature du représentant légal:

Signature du médecin:

Signature de l'officier d'état public:

