

QUESTIONNAIRE PATIENT

préalable à votre prise en charge

Etiquette Patient ou

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Madame, Monsieur,

Pour préserver les meilleures conditions de sécurité, dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, nous vous remercions de renseigner ce questionnaire et de respecter attentivement les consignes, lors de votre venue.

→ **Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les 14 jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?**

<i>Symptômes majeurs :</i>	<i>Symptômes mineurs :</i>
<input type="checkbox"/> Fièvre (température mesurée >38°C) <input type="checkbox"/> Toux sèche <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min) <input type="checkbox"/> Perte de l'odorat <input type="checkbox"/> Perte du goût	<input type="checkbox"/> Maux de gorge, nez qui coule <input type="checkbox"/> Douleur thoracique <input type="checkbox"/> Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures) <input type="checkbox"/> Fatigue importante <input type="checkbox"/> Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation) <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Signes digestifs (diarrhées, vomissements) <input type="checkbox"/> Éruption/engelures/crevasses aux doigts ou à la main

→ **Avez-vous été en contact étroit** (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) **avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 14 derniers jours ?** oui non

A, le.....

Signature du patient.e :

En cas de réponse positive à l'une des questions et si votre température a été ou est supérieure à 38 °C, prenez contact avec votre médecin traitant et prévenez le service dans lequel vous êtes attendu.e.

Pendant les jours qui précèdent et jusqu'au jour de votre venue, il vous est demandé :

- de surveiller votre température quotidiennement,
- de veiller à appliquer rigoureusement les mesures barrières et les règles de distanciation physique.