

Questionnaire CONTEXTE COVID-19

A COMPLETER OBLIGATOIREMENT POUR VOTRE PROCHAIN RDV

Nom: _____ Prénom: _____

DATE :

Ce questionnaire est confidentiel. Il a pour objectif de s'assurer pour chaque patient que les soins peuvent être réalisés avec le maintien du meilleur bénéfice risque pour sa santé dans le cadre de l'épidémie COVID19 .

Vous devez répondre à ce questionnaire et le rapporter pour votre prochain rdv

A ce jour et dans les 2 dernières semaines avez-vous présenté l'un des signes évocateurs de la maladie à COVID-19 énuméré dans le tableau ci-dessous ?

	OUI	NON
Fièvre 38°C et plus ?		
Si oui depuis quand n'avez-vous plus de fièvre ?		
Aujourd'hui quelle est votre température ?		
Perte de goût et ou baisse d'odorat soudaine ?		
Fatigue soudaine inexplicée ?		
Diarrhées (chez l'adulte de plus de 80ans ou l'enfant de moins de 3 ans)		
Difficultés respiratoires ?		
Si oui depuis quand n'avez-vous plus de difficultés respiratoires ?		
Toux sèche ?		
Courbatures inexplicées ?		
Céphalées (Hors migraines connues) ?		
Altération de l'état général ?		

Si vous répondez OUI à l'une des questions du tableau ci-dessus avez-vous bénéficié d'un test pour le COVID-19 ? **OUI ou NON**

Si vous répondez NON à cette question vous devez vous orienter vers votre médecin traitant pour une évaluation.

Avez-vous déjà effectué un test COVID-19 ? OUI ou NON

Si oui indiquez :

- pour quelle raison vous avez effectué ce test :

1-cas contact ? **oui / non** si oui date du cas contact :

2-manifestations de symptômes covid 19 ? **oui / non**, si oui, date d'apparition des symptômes :

3-simple initiative personnelle ? **oui/ non**

- la date à laquelle vous avez effectué ce test :

- le résultat : **positif** ou **négatif**

	OUI	NON
<p>Dans les 14 derniers jours:</p> <p>- Avez-vous côtoyé étroitement une personne diagnostiquée COVID-19 ?</p> <p>- Vous êtes-vous déplacé (e) vers une zone où la circulation du virus covid 19 est répertoriée élevée.</p> <p>- A votre connaissance avez-vous été en relation avec une personne en provenance d'une zone où la propagation du virus covid 19 est répertoriée élevée.</p>		

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations.

Je déclare autoriser le dr Lehel à communiquer à des fins médicales avec mon médecin référent.

Dater et signer.