

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

PENSEZ-VOUS AVOIR OU AVOIR EU DE LA FIEVRE CES DERNIERS JOURS (frissons, sueur)

OUI  NON

AVEZ-VOUS DES COURBATURES, DES MAUX DE TÊTE, DES DOULEURS THORACIQUE OU UN ECOULEMENT NASAL ?

OUI  NON

DEPUIS CES DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS UNE TOUX OU UNE AUGMENTATION DE VOTRE TOUX HABITUELLE ?

OUI  NON

CES DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS NOTÉ UNE FORTE DIMINUTION OU UNE PERTE DE VOTRE GOUT OU DE VOTRE ODORAT ?

OUI  NON

CES DERNIERS JOURS AVEZ-VOUS EU MAL A LA GORGE ?

OUI  NON

CES DERNIERES 24H AVEZ-VOUS EU DE LA DIARRHEE (Au moins 3 selles molles) ?

OUI  NON

DANS LES DERNIERES 24H, AVEZ-VOUS NOTÉ UN MANQUE DE SOUFFLE INHABITUEL LORSQUE VOUS PARLEZ OU FAITES UN PETIT EFFORT ?

OUI  NON

AVEZ-VOUS ETE EN CONTACT AVEC UNE PERSONNE AYANT PRESENTE DES SIGNES EVOQUANT UNE ATTEINTE AU CORONAVIRUS OU AVEC UNE PERSONNE AYANT ETE INFECTEE PAR CORONAVIRUS ?

OUI  NON

AVEZ-VOUS EU UN TEST COVID POSITIF IL Y A MOINS D'1 MOIS ?

OUI  NON

Si vous présentez au moins un des signes vous devrez reporter votre rendez-vous de 40 jours

J'atteste sur l'honneur avoir répondu à ce questionnaire de façon sincère.

J'ai bien compris que la pandémie actuelle de Covid 19 impose à la population des risques accrus de contracter une maladie potentiellement grave et que toute sortie de mon domicile est un facteur aggravant. Mon médecin m'a bien expliqué les mesures de prévention qui sont mises en place pour les soins qui me sont proposés mais que le risque n'est pas totalement contrôlable.

Mention manuscrite : « Lu et approuvé »

Date