

QUESTIONNAIRE COVID-19

Nom

Prénom

Date de naissance

Afin de vous protéger, nous vous demandons de remplir le questionnaire suivant et de l'apporter le jour de votre venue.

Au cours des 15 jours précédents, avez-vous présenté un ou plusieurs des symptômes suivants* :

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Fièvre ($T^{\circ} \geq 38^{\circ}$) ou sensation de fièvre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Toux anormale ou congestion nasale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Difficultés à respirer (<i>plus qu'à l'habitude</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Perte de l'odorat (<i>Anosmie</i>) ou du goût (<i>Ageusie</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Syndrome grippal (<i>courbatures, douleurs musculaires</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diarrhée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Contact avec une personne COVID+ dans les 15 derniers jours | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

***veuillez entourer vos réponses**

Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, nous vous demandons de me contacter et de ne pas vous présenter à notre rendez-vous.

Il est également nécessaire de contacter votre médecin traitant.