

COVID-19

QUESTIONNAIRE MÉDICAL AVANT L'ACCÈS AUX SOINS

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe : F M
Adresse postale
Commune : Code postal :
Téléphone : E-mail :
Médecin traitant :

EN CAS DE REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom : Prénom :
Adresse postale :
Commune : Code postal :
Téléphone : E-mail :

ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT (ET DE L'ACCOMPAGNANT LE CAS ÉCHÉANT) DANS LES 14 JOURS PRÉCÉDANT LE RENDEZ-VOUS (cocher la case correspondante)

Fièvre	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Courbatures	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
En cas de réponse positive, précisez :°C			Perte de goût et/ou d'odorat	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Sensation de fièvre sans température	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Maux de tête	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Fatigue	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Diarrhée	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Toux	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON			

EXPOSITION À DES RISQUES DANS LES 14 JOURS PRÉCÉDANT LE RENDEZ-VOUS

Le patient (et son accompagnant le cas échéant) a-t-il été en contact étroit* avec une personne ayant présenté les signes listés ci-dessus ? OUI NON

Le patient (et son accompagnement le cas échéant) a-t-il été en contact étroit* avec un cas confirmé d'infection à SARSCoV-2 (Covid-A9) ? OUI NON

FACTEURS DE RISQUE

Le patient présente-t-il : une hypertension compliquée, un diabète non équilibré, une maladie respiratoire chronique, une grossesse (3^e trimestre), une insuffisance cardiaque, une immunodépression, un IMC > 30 (calcul de l'IMC : poids en kg/taille² en cm ou sur <https://www.imc.fr>) OUI NON

Le patient prend-il un ou des traitements médicamenteux quotidiens ? OUI NON
Si oui, le(s)quel(s)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements et j'accepte la réalisation des soins

A le

Signature (ou celle du représentant légal)

* Un contact étroit est une personne qui a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) que le cas confirmé ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'un mètre du cas et/ou pendant plus de 15 minutes, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.