

QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À VOTRE VENUE À L'HÔPITAL

CORONAVIRUS COVID-19

Nom : Prénom :

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Dans les 14 derniers jours, avez-vous présenté l'un des symptômes suivants ? (cochez si oui et précisez la date d'apparition des symptômes)

- Fièvre ou sensation de fièvre, frissons Date d'apparition :
- Toux Date d'apparition :
- Difficultés respiratoires, essoufflement Date d'apparition :
- Perte de l'odorat Date d'apparition :
- Perte du goût Date d'apparition :
- Maux de gorge Date d'apparition :
- Rhinorrhée ou rhume (non allergique) Date d'apparition :
- Douleurs musculaires inhabituelles Date d'apparition :
- Maux de tête Date d'apparition :
- Nausées, vomissements, diarrhée Date d'apparition :
- Engelures ou crevasses récentes au niveau Date d'apparition :
des doigts (main ou pieds)

Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne atteinte du Covid-19 ou suspecte de l'être ?

- Oui Non

En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessus, 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).

Si vous êtes attendu(e) pour une intervention nécessitant une anesthésie, vous serez contacté(e) par le service, en amont de votre venue.

Avez-vous séjourné à l'étranger, en Guyane ou à Mayotte dans les 21 jours avant votre venue à l'hôpital ?

- Oui Non

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

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