



QUESTIONNAIRE PATIENT À LA RECHERCHE D'UNE INFECTION COVID-19

> Merci de bien vouloir remplir le questionnaire 24h à 72h avant votre venue à l'hôpital.

● **NOM USUEL** : **NOM DE NAISSANCE** :

● **PRÉNOM** : **DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)** :/...../.....

Avez-vous été prélevé (par test PCR) pour une recherche d'infection COVID ?

Si oui, à quelle date ? / **Résultat positif** : Oui Non

Avez-vous été en contact étroit avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ? (En face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact)

Oui Non

Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents, un ou plusieurs des symptômes suivants DE FAÇON INHABITUELLE ?

Fièvre (température mesurée > 38°C)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toux sèche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (> 20 respirations/min)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte de l'odorat / Anosmie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte du goût / Agueusie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de gorge avec fièvre > 38°C / Odynophagie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ecoulement de nez inhabituel avec fièvre > 38°C / Rhinorrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleurs dans les muscles, courbatures / Myalgies récentes inexplicables	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
« Pensées qui se mélangent », désorientation / Confusion inhabituelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de tête / Céphalées inhabituelles aiguës (hors migraines chez personne migraineuse)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diarrhées aiguës (≥ de 3 selles liquides par jour)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Éruption cutanée ou engelures / Crevasses aux doigts ou à la main / Vascularite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été en contact étroit avec une personne présentant de façon inhabituelle des symptômes de cette liste au cours des 15 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

En cas de réponse positive à l'une des questions, merci de contacter le secrétariat du service dans lequel vous êtes attendu(e).

> Merci de rapporter ce questionnaire lors de votre venue en consultation ou en hospitalisation.