**QUESTIONNAIRE PATIENT**

17.07.2020

**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

**Êtes-vous revenu d’un voyage à l’étranger ou dans les DOM-TOM au cours des 14 derniers jours ?**

* Oui / non
* Si oui, précisez les pays : ……………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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.