

QUESTIONNAIRE MÉDICAL AVANT ACCÈS AUX SOINS | COVID-19

Identification du patient

Nom: Prénom:
Né(e) le: Sexe : H F

Représentant légal

Nom: Prénom:
Adresse postale:
Ville: Code postal:
N° Portable: Courriel:
Médecin traitant:

État de santé du patient et de l'accompagnant dans les 2 semaines précédant le rendez-vous au cabinet
(Cocher les cases correspondantes et préciser les dates d'apparition):

Fièvre OUI NON

Précisez °C

Sensation de Fièvre sans température OUI NON

Fatigue/malaise OUI NON

Toux OUI NON

Perte de goût ou d'odorat OUI NON

Courbatures OUI NON

Diarrhée OUI NON

Maux de tête OUI NON

Exposition à des risques dans les 14 jours qui précèdent la date du rendez-vous :

Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit¹ avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus? OUI NON

Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit¹ avec un cas confirmé d'infection à SARS CoV-2 (COVID 19)? OUI NON

Le patient et l'accompagnant présentent-ils des comorbidités ? (hypertension artérielle, diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, asthme, terrain immunodéprimé, traitement immunosuppresseur, âgé de + 70 ans...) OUI NON

Ont-ils un traitement quotidien ? OUI NON

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

¹ 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'1 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.

À le

Signature (signature du représentant légal pour les mineurs)