



Dr Brange - Dr Grondin - Dr Lamandin

# QUESTIONNAIRE PATIENT COVID-19

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**OUI / NON Au cours des 14 derniers jours :**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous de la fièvre ? ou eu de la fièvre ?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous eu des problèmes respiratoires récents (toux, difficultés respiratoires) ?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous été en contact avec un patient déclaré COVID ?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous été en contact avec une personne présentant de la fièvre ou des problèmes respiratoires dans les 14 derniers jours ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous eu une perte ou baisse de goût soudaine ?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous eu une perte ou baisse d'odorat soudaine ?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous ressenti une fatigue soudaine inexplicée ?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous eu des céphalées inexplicées ?   |

Date et signature :