QUESTIONNAIRE COVID -19

Date : ___ / ___ / 2020

Nom : Prénom :

Merci de répondre au questionnaire la veille du RDV et le rapporter au Dr DELORME lors du RDV.

Prévenir IMPERATIVEMENT la secrétaire au 0241885454 en cas de réponse positive à l'une des questions suivantes :

Avez-vous de la fièvre ?	oui	non
Ressentez- vous une fatigue ?	oui	non
Avez-vous un essoufflement ?	oui	non
Souffrez-vous d'une toux ?	oui	non
Avez-vous des maux de gorge ?	oui	non
Souffrez-vous de maux de tête ?	oui	non
Avez-vous des troubles digestifs (diarrhée …) ?	oui	non
Présentez- vous une perte d'odorat ou de goût ?	oui	non
Avez-vous des signes cutanés (doigts, orteils ou éruption diffuse…) ?	oui	non
Avez-vous présenté un de ces symptômes ces 4 dernières semaines ?	oui	non
Avez-vous été en contact avec un sujet suspect ou malade de COVID -19 ces 2 dernières semaines ?	oui	non

en signant ce questionnaire je reconnais l'exactitude de ces renseignements

Signature :