

QUESTIONNAIRE « SPECIFIQUE CORONAVIRUS »

A remplir impérativement avant votre rdv, il faudra donner ce questionnaire signé à la secrétaire.

Nom :

Prénom :

Depuis ces dernières trois semaines,

- 1) Avez-vous eu de la fièvre ? (> 38°C) Oui Non
- 2) Avez-vous toussé ou tousez-vous ? Oui Non
- 3) Avez-vous eu ou avez-vous des troubles intestinaux, comme une diarrhée ou des vomissements ? Oui Non
- 4) Avez-vous eu des maux de tête ? Oui Non
- 5) Avez-vous eu des courbatures ou des douleurs ? Oui Non
- 6) Avez-vous eu des maux de gorges ? Oui Non
- 7) Avez-vous le nez qui coule ? Oui Non
- 8) Avez-vous eu une perte de l'odorat ou du goût ? Oui Non
- 9) Avez-vous été en contact avec une personne présentant des symptômes ou ayant été testée positive au Covid-19 ? Oui Non
- 10) Avez-vous été testé au Covid-19 ? Si oui, quand et avec quel résultat ? Oui Non
- 11) Avez-vous plus de difficultés à respirer que d'habitude ?
Ou êtes-vous facilement essoufflé ? Oui Non

Date

Signature



Le Docteur COMPAN et son équipe.