

Questionnaire AVANT CONSULTATION

Madame, Monsieur,
Vous avez rendez-vous au Centre hospitalier pour une consultation ou un examen.
Merci de compléter le questionnaire ci-dessous avant votre rendez-vous.

Par mesure de précaution, les accès à l'établissement sont filtrés et ce document vous sera demandé à votre arrivée.

	OUI	NON
1 / Avez-vous été testé positif COVID 19 au cours de la période épidémique		
Si NON, Dans les 15 derniers jours, avez-vous présenté :		
1/ De la température > 38°C		
2/ Des courbatures ou/et des douleurs musculaires		
3/ Une toux		
4/ Une gêne respiratoire ou/et un essoufflement inhabituel		
5/ Une perte du goût		
6/ Une perte de l'odorat		
7/ Une diarrhée brutale		
8/ Avez-vous été en contact avec une personne présentant un de ces signes		
9/ Avez-vous été en contact avec une personne testée positive au COVID 19		
Report de la consultation		



Si vous avez répondu OUI à l'une ou plusieurs de ces questions, merci de contacter le secrétariat de consultation avant la date de votre rendez-vous