

# QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À VOTRE VENUE À L'HÔPITAL

**CORONAVIRUS COVID-19**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## Dans les 14 derniers jours, avez-vous présenté l'un des symptômes suivants ? (cochez si oui et précisez la date d'apparition des symptômes)

- Fièvre ou sensation de fièvre, frissons ..... Date d'apparition : .....
- Toux ..... Date d'apparition : .....
- Difficultés respiratoires, essoufflement ..... Date d'apparition : .....
- Perte de l'odorat ..... Date d'apparition : .....
- Perte du goût ..... Date d'apparition : .....
- Maux de gorge ..... Date d'apparition : .....
- Rhinorrhée ou rhume (non allergique) ..... Date d'apparition : .....
- Douleurs musculaires inhabituelles ..... Date d'apparition : .....
- Maux de tête ..... Date d'apparition : .....
- Nausées, vomissements, diarrhée ..... Date d'apparition : .....
- Engelures ou crevasses récentes au niveau ..... Date d'apparition : .....  
des doigts (main ou pieds)

## Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne atteinte du Covid-19 ou suspecte de l'être ?

Oui .....  Non

En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessus, et si votre température a été ou est supérieure à 38°C, prenez contact avec votre médecin traitant et prévenez le service dans lequel vous êtes attendu(e).

Si vous êtes attendu(e) pour une intervention nécessitant une anesthésie, vous serez contacté(e) par le service, en amont de votre venue.

## Avez-vous séjourné à l'étranger, en Guyane ou à Mayotte dans les 21 jours avant votre venue à l'hôpital ?

Oui .....  Non

Pendant les jours qui précèdent et jusqu'au jour de votre venue, il vous est demandé :

- de **surveiller votre température** quotidiennement,
- et de veiller à **appliquer rigoureusement les mesures barrières et les règles de distanciation physique.**