

A remplir par le(la) patient(e) avant chaque consultation

Veillez renseigner vos:

NOM

Prénom

Date de naissance

Présentez-vous à ce jour ou avez-vous présenté dans les 15 jours précédents, les signes cliniques suivants :

*Cochez **oui** ou **non** pour chacun des signes suivants*

	OUI	NON
Fièvre , précisez :degrés		
Syndrome fébrile <u>sans fièvre constatée</u>		
Fatigue récente		
Malaise / Confusion / désorientation		
Toux		
Maux de gorge		
Rhinorrhée, rhume		
Dyspnée		
Douleurs musculaires / courbatures		
Céphalées, maux de tête inhabituels		
Diarrhées (> 3 selles molles), signes digestifs		
Perte de l'odorat sans obstruction nasale		
Perte du goût		
Avez-vous été dépisté pour la COVID		
Si oui le test était	positif	
	négatif	
Avez-vous été contact d'une personne atteinte du COVID		

Déclaration sur l'honneur obligatoire:

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de mes déclarations ci-dessus pour faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature :

A l'issu du questionnaire, avant la consultation, le médecin qui vous prend en charge prendra connaissance de ce questionnaire et en fonction de votre clinique pourra être amené à reporter le rendez-vous.

Questionnaire à scanner dans DPI par la secrétaire