

# QUESTIONNAIRE RISQUE COVID

## Consultation - Pré-hospitalisation - Pré-examen

Questionnaire à archiver dans le dossier du patient

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Mail :

Hospitalisation prévue le

Service/Spécialité

Etes-vous actuellement en isolement  
ou quatorzaine pour Covid-19 pour  
vous ou un de vos proches ?

OUI

NON

Si oui :  
Avez-vous fait un dépistage PCR pour cela ?

OUI

NON

Si non : merci de répondre aux questions ci-dessous ▼

### Éléments d'exposition au coronavirus SARS-02 (COVID19)

Avez-vous été en contact étroit (même lieu de vie, même lieu confiné, ou discussion < 1 mètre) :

- sans protection adaptée (masques)
- avec une personne testée positive pour le Covid
- dans les 14 derniers jours ?

OUI

NON

Avez-vous eu les symptômes suivants de manière inhabituelle dans les 7 derniers jours ?

- Fièvre ou impression de fièvre :

OUI

NON

- Toux

OUI

NON

- Difficulté à respirer :

OUI

NON

- Anosmie = perte de l'odorat sans nez bouché :

OUI

NON

- Agueusie = perte du goût :

OUI

NON

Avez-vous eu au moins 2 symptômes parmi ceux énoncés ci-dessous ? Merci de cocher

- Frissons

- Courbatures

- Diarrhées

- Mal de gorge

- Maux de tête

- Fatigue importante

- Rhinite (hors allergie saisonnière habituelle)

Quelle est la date de vos premiers symptômes ?

Questionnaire complété le

par