

## QUESTIONNAIRE A RENSEIGNER AVANT CONSULTATION OU HOSPITALISATION

**Nous vous demandons de remplir le questionnaire suivant et de l'apporter le jour de votre venue à l'hôpital.**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

	OUI	NON
1 Avez-vous été testé positif COVID 19 au cours de la période épidémique, si oui à quelle date ?		
Si non Dans les 15 derniers jours, avez-vous présenté		
2 De la température > 38°C ?		
3 Des frissons ?		
4 Une toux ?		
5 Un essoufflement inhabituel ?		
6 Une perte du goût et/ou de l'odorat ?		
7 Avez-vous été en contact avec une personne présentant ces signes ou testée positive au COVID ?		
8. Des courbatures ou/et douleurs musculaires ?		
9 Diarrhées		

**Si, vous répondez « oui » à l'une de ces questions, nous vous demandons de contacter le secrétariat de votre médecin sur l'hôpital et de ne pas vous présenter à la consultation ou hospitalisation.**

Dans le cas contraire, nous vous demandons de présenter votre questionnaire à l'entrée de l'Hôpital.