

Auto-questionnaire COVID-19 Adultes Admission

A RENSEIGNER LA VEILLE DE L'ADMISSION A LA CLINIQUE

Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?

▪ Symptômes majeurs

- Fièvre (température mesurée > 38°C) Oui Non
- Toux sèche Oui Non
- Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min) Oui Non
- Anosmie (perte de l'odorat) Oui Non
- Agueusie (perte du goût) Oui Non

▪ Symptômes mineurs

- Maux de gorge Oui Non
- Rhinorrhée (« nez qui coule ») Oui Non
- Douleur thoracique Oui Non
- Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures) Oui Non
- Altération de l'état général ou fatigue importante Oui Non
- Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation) Oui Non
- Céphalées (« maux de tête ») Oui Non
- Diarrhées Oui Non
- Nausées et/ou vomissements Oui Non
- Eruption cutanée ou engelures/ crevasses aux doigts ou à la main Oui Non

Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) **avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ?**

Oui Non

SI PRESENCE D'UN SEUL SYMPTOME OU SI CONTACT AVEC UN PATIENT COVID-19 +

→ APPEL DE VOTRE CHIRURGIEN POUR EVALUER LA SITUATION