

Auto-questionnaire COVID-19 Enfants Admission

A RENSEIGNER LA VEILLE DE L'ADMISSION A LA CLINIQUE

Votre enfant présente-il ou a-t-il présenté dans le mois qui précède, un ou plusieurs de ces symptômes de façon inhabituelle ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Fièvre (température mesurée > 38°C) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Toux sèche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Difficulté à respirer | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Maux de gorge | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Rhinite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Douleur dans les muscles | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Fatigue importante | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Maux de tête | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Diarrhées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Nausées et/ou vomissements | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Anosmie (perte de l'odorat) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Agueusie (perte du goût) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Signes cutanés (urticaire, gonflement, rougeur et douleurs au niveau des doigts ...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Votre enfant a-t-il été en contact avec quelqu'un ayant présenté un des symptômes précédents, ou testé Covid positif ?

Oui Non

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

→ APPEL DE VOTRE CHIRURGIEN POUR EVALUER LA SITUATION