



## AUTO-QUESTIONNAIRE PATIENT

Nom prénom patient : .....

Date d'intervention prévue : .....

**Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les 15 jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?**

### *Symptômes majeurs*

- Fièvre (température mesurée >37,5°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
- Éruption 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

Date et signature :