



AUTO-QUESTIONNAIRE COVID PATIENT

Merci de remplir ce questionnaire 72h avant votre intervention. Il est particulièrement important dans le contexte sanitaire actuel.

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 > 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
- 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'1m et/ou pendant plus de 15 min, 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 vous répondez « oui » à une des questions, il est impératif de contacter le secrétariat de votre chirurgien pour convenir de la marche à suivre et éviter que votre intervention soit reportée.

Nom prénom :

Date :

Signature :