

QUESTIONNAIRE COVID-19 AVANT CONSULTATION

Nom

Prénom

Date de naissance

En raison de l'épidémie COVID-19, le Grand Hôpital de l'Est Francilien a pris toutes les précautions afin de sécuriser votre parcours de soins dans nos locaux et vous mettre à l'abri d'une infection par le COVID-19.

Nous vous demandons, en l'absence d'obligation majeure, de vous présenter seul(e) à l'hôpital afin de limiter les flux de personnes et d'optimiser la prise en charge des patients.

Le cas échéant, votre accompagnant doit vous attendre à l'extérieur du bâtiment.

À votre arrivée à l'hôpital, vous devrez porter un masque et un lavage des mains par solution hydro-alcoolique sera réalisé.

Afin de vous protéger, **nous vous demandons de remplir le questionnaire suivant et de l'apporter le jour de votre venue à l'hôpital.**

Au cours des 15 jours précédents, avez-vous présenté un ou plusieurs des symptômes suivants* :

	OUI	NON
• Fièvre ($T^{\circ} \geq 38^{\circ}$) ou sensation de fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Toux anormale ou congestion nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Difficultés à respirer (<i>plus qu'à l'habitude</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Perte de l'odorat (<i>Anosmie</i>) ou du goût (<i>Ageusie</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Syndrome grippal (<i>courbatures, douleurs musculaires</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Contact avec une personne COVID+ dans les 15 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**veuillez entourer vos réponses*

Si vous avez répondu « 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.

Il est également nécessaire de **contacter votre médecin traitant.**

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