

Date / /

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 de remplir le questionnaire suivant et de le transmettre à un professionnel du service.

> Au cours des **15 jours précédents** :

1 - Avez-vous présenté un ou plusieurs des symptômes suivants* :

OUI **NON**

• Fièvre ($T^{\circ} \geq 38^{\circ}$) ou sensation de fièvre

• Toux anormale ou congestion nasale

• Difficultés à respirer (*plus qu'à l'habitude*)

• Perte de l'odorat (*anosmie*) ou du goût (*agueusie*)

• Syndrome grippal (*courbatures, douleurs musculaires*)

• Diarrhée

2 - Avez-vous eu un contact sans masque avec une personne COVID+ ?

3 - Êtes-vous revenu d'un voyage à l'étranger ou d'un rassemblement de nombreuses personnes (*mariage, funérailles, festival, concert, etc.*) où vous étiez sans masque ?

> Avez-vous des antécédents connus de COVID ?

Si oui, date de début / /

***veuillez cocher vos réponses**

DESTINÉ AU PROFESSIONNEL DU SERVICE

En cas de **réponse positive** à une des ces questions, prévenir sans délai le médecin en charge du patient et, en cas de suspicion de risque COVID-19, mettre en place les précautions gouttelettes et contact jusqu'au résultat négatif de la PCR COVID-19.