QUESTIONNAIRE MEDICAL ADDITIONNEL COVID-19

Nom : _____ Prénom :_____ Né(e) le :_____

Adresse : _____

N° Portable :_____

Email :_____

Etat de santé du patient dans les 14 jours précédant le rendez-vous :
(Entourer la réponse correspondante et préciser les dates d'apparition)

Avez-vous été atteint(e) par le Covid-19 ? OUI NON

Si OUI, avez-vous été hospitalisé(e) et quand ?

Si NON, présentez-vous :

Des signes d'état grippal ?	OUI	NON
Maux digestifs ?	OUI	NON
Toux ?	OUI	NON
Perte de goût / odorat ?	OUI	NON
Manque de souffle ?	OUI	NON

Un membre de votre famille proche a-t-il été touché par le Covid-19 ?

OUI, quand ? NON

Avez-vous fait l'objet d'un dépistage sérologique pour le Covid-19 ?

OUI, quels sont les résultats ? NON

Date et signature du patient (ou représentant légal) :