



Questionnaire spécifique concernant le Covid 19 à nous renvoyer AVANT le RDV

Nom.....Prénom.....Age.....

Lors du confinement, avez-vous eu un des signes cliniques suivants ? (cocher si réponse positive) :

Fièvre

Fatigue

Toux

Maux de tête

Myalgies, Courbatures

Difficultés respiratoires

Diarrhée

Perte du goût et/ou d'odorat

Date de début des symptômes :/...../.....

Date de fin des symptômes :/...../.....

Avez-vous été mis en quarantaine ?

7 jours

14 jours

21 jours

Avez-vous été en contact avec une personne positive au Covid-19 ?

Oui

Non

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

Oui si oui, résultats :.....

Non

Merci de **prendre votre température avant le rendez-vous** et de vérifier qu'elle ne dépasse pas 37,5° (cela dépendra évidemment de la méthode de prise de température).