

## QUESTIONNAIRE Dépistage COVID

Nom :

Date du jour :

Prénom :

Date de naissance :

**Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?**

### *Symptômes majeurs*

Oui

Non



Fièvre (température mesurée >38°C)

Toux sèche

Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min)

Anosmie (perte de l'odorat)

Agueusie (perte du goût)

### *Symptômes mineurs*

Oui

Non



Maux de gorge

Rhinorrhée (« nez qui coule »)

Douleur thoracique

Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures)

Altération de l'état général ou fatigue importante

Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation)

Céphalées (« maux de tête »)

Diarrhées

Nausées et/ou vomissements

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'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ?**

L'équipe d'Anesthésie – Réanimation de la Clinique Saint-André



Dr Pierre-Yves GODFRIN

Dr Pierre KLECTHKA

Dr Alexandre LAI

Dr Anne MORANDINI

Dr Jean-Louis PERROTEZ

Dr Eric SAVOYE

Dr Ianik SKORINTSCHOUK

Dr Laurent URION

Dr Aurélien ZANG