



Cher(e) patient(e),

Dans ce contexte de crise sanitaire, notre souci est d'assurer à l'ensemble de nos patients la meilleure prise en charge possible, dans **des conditions de sécurité optimales et exigeantes**. Pour ce faire, nous avons besoin de votre **totale coopération** et vous remercions de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous.

Merci de bien vouloir nous retourner ce document signé, par email :

Mme Melle Mr Nom / Prénom :

Date naissance :

N° Sécurité Sociale :

Profession :

Depuis ces dernières trois semaines,

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Avez-vous eu de la fièvre ? (> 38°C) | Oui £ | Non £ |
| 2. Avez-vous toussé ou tousez-vous ? | Oui £ | Non £ |
| 3. Avez-vous eu ou avez-vous des troubles intestinaux, comme une diarrhée ou des vomissements ? | Oui £ | Non £ |
| 4. Avez-vous eu des maux de tête ? | Oui £ | Non £ |
| 5. Avez-vous eu des courbatures ou des douleurs ? | Oui £ | Non £ |
| 6. Avez-vous eu des maux de gorge ? | Oui £ | Non £ |
| 7. Avez-vous le nez qui coule ? | Oui £ | Non £ |
| 8. Avez-vous eu une perte de l'odorat ou du goût ? | Oui £ | Non £ |
| 9. Avez-vous été en contact avec une personne présentant des symptômes ou ayant testée positive au Covid-19 ? | Oui £ | Non £ |
| 10. Avez-vous été testé au Covid-19 ? Si oui, quand et avec quel résultat ? | Oui £ | Non £ |
| 11. Avez-vous plus de difficultés à respirer que d'habitude ? Ou êtes-vous facilement essoufflé ? | Oui £ | Non £ |
| 12. Faites-vous de l'hypertension ? | Oui £ | Non £ |
| 13. Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque ? | Oui £ | Non £ |
| 14. Êtes-vous en surpoids ? | Oui £ | Non £ |
| 15. Souffrez-vous de diabète ? Oui £ Non £ Si oui, est-il équilibré ? Oui £ Non £ | | |
| 16. Êtes-vous enceinte ? Oui £ Non £ Si oui, de combien de mois ? | | |
| 17. Êtes-vous suivi par un médecin pour une maladie chronique ? Si oui, laquelle ? | Oui £ | Non £ |
| 18. Travaillez-vous en dehors de votre domicile, ou vivez-vous avec des personnes qui travaillent en dehors de votre domicile, à l'heure actuelle ? | Oui £ | Non £ |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus.

Signature du patient (ou tuteur légal)

Signature du praticien