

**Dès la prise de Rdv et/ou à l’arrivée sur le lieu de soin, il est nécessaire de rechercher les symptômes de COVID-19 afin de mieux vous accompagner dans votre prise en charge**

***Nom*** : ……………………………………

***Prénom***: ………………………………..

***Date de naissance*** : ……. / ……. / ………….

Cachet de la structure

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Merci de remplir cet auto-questionnaire | OUI | NON |
| **Dans les 7 jours précédents** |  |  |
| Fièvre ≥ 38° |  |  |
| Fatigue inexpliquée inhabituelle |  |  |
| Toux ou aggravation d’une toux préexistante |  |  |
| Gène respiratoire ou aggravation récente |  |  |
| Anosmie (perte d’odorat brutale ou récente) |  |  |
| Dysgueusie récente (modification ou perte du gout) |  |  |
| Diarrhée ou vomissements ou douleur abdominale |  |  |
| Troubles de la mémoire |  |  |
| Eruption cutanée |  |  |
| Si patient > 70 ans rechercher systématiquement en plus |  |  |
| Syndrome confusionnel |  |  |
| Chute inexpliquée / Malaise / Vertiges |  |  |
| Fébricule ou hypothermie < 36° |  |  |
| **Entourage / Contact** |  |  |
| Contact avec un cas de COVID en dehors du domicile dans les 7 derniers jours |  |  |
| Contact avec un cas de COVID au domicile dans les 14 derniers jours |  |  |
| **Constantes à l’entrée** |  |  |
| SaO2 |  |  |
| Température |  |  |