

CENTRE SAINT MICHEL

QUESTIONNAIRE D'AIDE AU DEPISTAGE CORONAVIRUS POUR LES PATIENTS PRIS EN CHARGE EN CONSULTATION

QUESTIONNAIRE A COMPLETER PAR LE PATIENT LE MATIN DE SA CONSULTATION

1. Avez-vous eu de la fièvre ces derniers jours (frissons, sueurs) ?

OUI

NON

Merci d'indiquer votre température prise à votre domicile avant la consultation

.....°C

2. Ces derniers jours, avez-vous eu une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ?

OUI

NON

3. Ces derniers jours, avez-vous noté une forte diminution ou une perte brutale de votre goût et/ou odorat ?

OUI

NON

4. Au cours de ces 15 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne suspectée ou porteuse du coronavirus ?

OUI

NON

**A partir d'1 seule réponse positive (OUI) à l'un de ces critères majeurs :
Prévenir le Centre Saint michel au 05 46 43 90 83, téléphoner à votre médecin traitant**

Le / / ,

NOM-PRENOM en toutes lettres

Signature