

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

A remplir par les patients avant de venir au cabinet

- 1) Pensez-vous avoir eu de la fièvre ces derniers jours (frissons, sueur)? OUI NON
- 2) Avez-vous eu des courbatures? OUI NON
- 3) Depuis ces derniers jours, avez-vous noté une forte diminution ou une perte du goût et/ou de votre odorat? OUI NON
- 4) Ces derniers jours, avez-vous eu mal à la gorge? OUI NON
- 5) Ces dernières 24H avez-vous eu la diarrhée (au moins 3 selles molles)? OUI NON
- 6) Ces derniers jours, ressentez-vous une fatigue inhabituelle? OUI NON
- 7) Dans les dernières 24H avez-vous noté un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou que vous faites un petit effort? OUI NON
- 8) Avez-vous été en contact avec une personne ayant présenté des signes évoquant une atteinte au coronavirus ou avec une personne ayant été infectée par le coronavirus? OUI NON
- 9) Avez-vous présenté des manifestations cutanées récentes inhabituelles? OUI NON
- 10) Avez-vous eu un test COVID positif il y a moins d'un mois? OUI NON

J'atteste sur l'honneur avoir répondu à ce questionnaire de façon sincère.

Mention manuscrite : « Lu et approuvé »

Date et signature