

Questionnaire médical de pré rendez-vous

Nom : Prénom :

Age : Taille en cm : Poids :

Téléphone : Mail :

Souffrez-vous de problèmes cardiaques, pulmonaires, rénaux ou hépatiques ? Oui non

Présentez-vous un diabète non équilibré ? Oui non

Avez-vous une pathologie ou traitement qui baisse votre immunité ? Oui non

Avez-vous d'autres problèmes de santé ? Oui non

Si oui, lesquels ?

Quels médicaments prenez-vous ?

À ce jour et dans les 3 dernières semaines avez-vous eu un des symptômes suivants :

- fièvre > 38 °C	Oui	non	- diarrhées	Oui	non
- difficultés respiratoires	Oui	non	- toux sèche	Oui	non
- perte brutale de goût	Oui	non	- courbatures	Oui	non
- perte brutale d'odorat	Oui	non	- maux de tête / céphalées	Oui	non
- maux de gorge	Oui	non	- nausées, vomissements	Oui	non

Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec :

- une personne ayant présenté ces signes ?	Oui	non
- une personne diagnostiquée COVID-19 ?	Oui	non

Avez-vous été diagnostiqué positivement au COVID-19 ? Oui en date de non

Madame, êtes-vous enceinte au 3ème trimestre de grossesse ? Oui non

Date

signature précédée de la mention manuscrite « J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements ce jour »