
QUESTIONNAIRE MEDICAL COVID 19

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

1. Avez-vous été atteint(e) par le COVID 19 ? OUI NON
 - Si oui, avez-vous été hospitalisé(e) et quand ? OU DATE :.....
 - ou avez-vous été mis en quarantaine

2. Si non, présentez-vous les signes suivants ?
 - Courbatures : OUI NON
 - Maux de tête : OUI NON
 - Maux digestifs : OUI NON
 - Toux : OUI NON
 - Perte d'odorat ou de gout : OUI NON
 - Mal à la gorge : OUI NON
 - Manque de souffle inhabituel ? OUI NON
 - Si oui date de début des symptômes :/...../..... Date de fin/...../.....

3. Un membre de votre famille proche a-t-il été touché par le Covid 19 ? OUI NON
4. Si oui, quand ? DATE
5. Avez-vous fait l'objet d'un dépistage sérologique pour le Covid19 ? OUI NON
6. Si oui, quels sont les résultats ? POSITIF NEGATIF
7. Etes vous concernés par une des situations à risques suivantes : (entourer)
 - Hypertension
 - Maladie cardio vasculaire
 - Maladie chronique des voies respiratoires
 - Diabète
 - Faiblesse immunitaire
 - Cancer
 - Obésité
 - Grossesse

QUESTIONNAIRE EFFECTUE LE : PAR :

SIGNATURE

température à l'arrivée du patient :

par

signature