



Interrogatoire COVID-19 patient

Chère, cher patient(e),

Vous souhaitez être pris en charge dans l'un de nos centres de soins.

Aux vues du contexte épidémique actuel nous souhaitons vous rappeler certaines recommandations :

- Vous devez porter un masque.
- Vous devez attendre devant la porte, à l'extérieur, que l'on vienne vous chercher.
- Vous devez vous désinfecter les mains en arrivant.
- Vous devez répondre à certaines questions spécifiques (cf questionnaire ci joint).
- Vous devez vous soumettre à une prise de température lors de votre arrivée.
- Nous vous demandons de vous laver avant de venir consulter.
- Nous vous demandons de venir seul, sauf en cas de nécessité (accompagné du tuteur légal ou aide spécifique indispensable).
- Nous vous demandons de respecter les gestes barrière.
- Nous vous demandons de respecter la distanciation sociale.
- Nous vous demandons de privilégier le paiement par carte bancaire (à défaut chèque ou avec l'appoint).

Ci joint un questionnaire que nous vous demandons de lire très attentivement. La partie 1 sera obligatoirement abordée le jour de votre consultation.

Si l'un des points pose problème (réponse oui ou non en rouge), merci de joindre le secrétariat au plus vite.

Merci de votre compréhension et de votre confiance.

Nom :

Prénom :

Date :

Partie 1 : RECHERCHE DE CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES		
Est-ce que vous ou une personne de votre foyer avez été diagnostiqué atteint du Covid 19 ces 14 derniers jours ?	oui	non
Si oui, le médecin a t'il levé l'isolement du foyer	oui	non
Avez-vous eu ces dernières 48 heures un ou plusieurs des symptômes suivants ?		
Fièvre (> 38°) ou sensation de fièvre	oui	non
Toux	oui	non
Difficultés respiratoires (ou autre signe respiratoire haut ou bas : douleur thoracique, mal de gorge, etc.)	oui	non
Autres signes d'infection virale (courbatures, mal de tête, etc.)	oui	non
Perte récente de l'odorat ou du goût	oui	non
Si oui : contre-indication absolue et présentez-vous également certains des symptômes suivants ?		
Détresse respiratoire	oui	non
Augmentation de la fréquence respiratoire (polypnée >22/min)	oui	non
Altération brutale de l'état général, confusion, somnolence, déshydratation	oui	non
Si oui : vous devez appeler le SAMU-Centre 15		
Si non : vous devez consulter votre médecin traitant		
Partie 2 : RECHERCHE DE CONTRE-INDICATIONS RELATIVES		
Êtes-vous âgé de plus de 70 ans ?	oui	non
Êtes-vous enceinte et au troisième trimestre de la grossesse ?	oui	non
Souffrez-vous d'une affection cardio-vasculaire (hypertension artérielle avec complication, antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque) ?	oui	non
Souffrez-vous d'une maladie respiratoire chronique ?	oui	non
Souffrez-vous d'une insuffisance rénale chronique dialysée ?	oui	non
Souffrez-vous d'une Cirrhose sévère (stade B ou C de la classification de Child-Pugh) ?	oui	non
Souffrez-vous d'un diabète de type I non équilibré ou avec complication ?	oui	non
Souffrez-vous d'immunodépression ?	oui	non
Souffrez-vous d'un cancer sous traitement ?	oui	non
Votre IMC est supérieur à 35 ?	oui	non