

**Questionnaire préalable à  
toute CONSULTATION**

**DATE :**

**Identité du Patient:**

**NOM:**

**Prénom:**

**Date de naissance: / /**

**Motif de la Présence à l'Espace Médical VAUBAN (cocher)**

- Patient avec rendez-vous de **CONSULTATION**
- ACCOMPAGNANT** (interdit sauf représentant légal d'un mineur, aide à personne handicapée, tuteur ou curateur)

**Questionnaire de Santé : "Statut COVID"**

Avez-vous été atteint du COVID? (si **OUI**, contacter votre praticien car il nous faudra une **autorisation ÉCRITE** de sa part pour venir à la consultation )

- OUI**
- NON**

Si **OUI**, date du diagnostic : / /

- Diagnostic uniquement sur symptômes OUI / NON
- Diagnostic clinique + sujet contact OUI / NON
- Diagnostic sur test nasal (PCR) OUI / NON
- Diagnostic sérologique (prise de sang) OUI / NON

Si **NON**, avez-vous eu **VOUS-MÊME ces 15 derniers jours:**

- Maux de gorge pendant plus de 24H?
- Maux de tête pendant plus de 24H?
- Fatigue anormale pendant plusieurs jours?
- Diarrhées et/ou douleurs abdominales?
- Frissons pendant plusieurs heures?
- Sueurs nocturnes importantes?
- Fièvre (Température > 38° à plusieurs reprises)?
- Perte du goût et/ou de l'odorat plus de 24H?
- Avez-vous été confiné avec quelqu'un présentant ces signes?

*Si vous cochez une de ces questions merci de **reporter votre rendez-vous**, de contacter votre Médecin et d'opter pour une **Téléconsultation***

*En cas d'absence de signe de COVID ou d'antécédent avéré, vous pourrez venir en consultation à l'EMV. Vous serez alors soumis aux **mesures barrières obligatoires** (lavage des mains, port du masque qui si besoin vous sera fourni, distanciation)*