



Questionnaire d'un patient à l'arrivée dans la clinique

DATE :

Identité du patient :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

Motif de présence à la clinique (Cocher la case correspondante)

- **PERSONNEL de la clinique**
- **PATIENTS**
 - Hospitalisation**
 - Consultation**
 - Radiologie**
- **ACCOMPAGNANTS** (Interdit sauf représentant légal d'un mineur, aide à une personne handicapée, tuteur ou curateur)

Questionnaire de santé : STATUT COVID

Avez-vous été atteint du COVID ? (si oui, contacter votre praticien)

- Oui Non

Si OUI, quelle date du diagnostic : / /

- Diagnostic simple sur symptômes** Oui Non
- Diagnostic par symptômes et sujet contact** Oui Non
- Diagnostic par test nasal** Oui Non



Questionnaire d'un patient à l'arrivée dans la clinique

- Diagnostic par prise de sang Oui Non

- **Si NON**

- Avez-vous eu VOUS MEME dans les 15 derniers jours, un ou plusieurs de ces signes cliniques ?**

- Maux de gorge pendant plus de 24h**
- Maux de tête pendant plus de 24h**
- Fatigue anormale pendant plusieurs jours**
- Diarrhée : selles liquides répétées**
- Frissons pendant plusieurs heures**
- Sueurs nocturnes abondantes**
- Fièvre (température supérieure à 38° à plusieurs reprises)**
- Perte du goût pendant plus de 24h**
- Perte de l'odorat pendant plus de 24h**

- Avez-vous été CONFINE avec quelqu'un qui a présenté les symptômes décrits ci-dessus lors du confinement ?**

- Oui Non

En cas de réponse **OUI** à l'une de ces questions, contactez votre praticien. Il vous faut une autorisation écrite de sa part pour entrer dans la clinique.

En cas de réponse **NON** à toutes ces questions, vous pouvez entrer dans la clinique, muni de ce questionnaire. **Vous serez soumis aux mesures barrières** (Port du masque obligatoire et lavage des mains avec du gel hydro-alcoolique)