



QUESTIONNAIRE DE SANTE COVID - 19

Anesthésistes

Date du jour :

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Interrogatoire médical :

Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?

Symptômes majeurs

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| -Fièvre (température mesurée >38°C) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Toux sèche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Anosmie (perte de l'odorat) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Agueusie (perte du goût) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Symptômes mineurs

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| -Maux de gorge | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Rhinorrhée (« nez qui coule ») | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Douleur thoracique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Altération de l'état général ou fatigue importante | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Céphalées (« maux de tête ») | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Diarrhées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Nausées et/ou vomissements | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| -Éruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts ou à la main | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

-Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) **avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ?**

Oui Non