

Questionnaire d'évaluation COVID 19 avant Consultations chirurgicales/médicales – Hospitalisation pour chirurgie programmée Soins Externes

- Questionnaire à rapporter :**
- lors de la consultation chez votre médecin/chirurgien
 - Lors de la consultation d'anesthésie
 - Le jour de votre hospitalisation

Nom et prénom du patient :

Nom du chirurgien :

Vous venez en consultation, vous allez être hospitalisé ou vous allez subir un examen à la clinique Pasteur, **vous présentez des signes, de suspicion d'une infection, cités ci-dessous, ou vous répondez à un critère d'exposition au virus, veuillez contacter par téléphone le secrétariat de votre médecin ou le service de l'établissement de soins dans lequel votre admission est programmée.**

A l'issue de ce processus d'évaluation, il pourra vous être demandé de rester à domicile le temps nécessaire pour approfondir l'analyse et décider de la filière pour effectuer un test de dépistage du Coronavirus.

Merci de bien vouloir cocher la case correspondant à votre situation.

Symptômes majeurs :

- Fièvre (température mesurée >38°) Oui Non
- Toux sèche Oui Non
- Difficultés à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min) Oui Non
- Anosmie (perte de l'odorat) Oui Non
- Agueusie (perte de goût) Oui Non

Symptômes mineurs :

- Maux de gorge Oui Non
- Rhinorrhée (nez qui coule) Oui Non
- Douleur thoracique Oui Non
- Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures) Oui Non
- Altération de l'état général ou fatigue importante Oui Non
- Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation) Oui Non
- Céphalées (« maux de tête ») Oui Non
- Diarrhées Oui Non
- Nausées et/ou vomissements Oui Non
- Eruption cutanée ou engelures / crevasses aux doigts ou à la main Oui Non
- Venez-vous d'un EHPAD ? Oui Non
- Avez-vous été en contact étroit avec une personne atteinte de COVID au cours des 15 derniers jours Oui Non

Test PCR à réaliser directement au laboratoire (ordonnance à faxer) ou consultation médecin traitant si réponse oui à 1 symptôme majeur ou à 2 symptômes mineurs

Date : ... / ... /

Signature du patient