

QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR LE PATIENT AVANT DE SE PRÉSENTER À LA CLINIQUE

Nom du patient (en lettres moulées) : _____

Avez-vous eu au cours des 14 derniers jours :

Un test positif de COVID ou un test dont le résultat est inconnu?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Un contact avec une personne suspectée ou confirmée COVID?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
De la fièvre (température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $100,4^{\circ}\text{F}$ ou $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ou $100,0^{\circ}\text{F}$ pour les personnes âgées)?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
De la toux récente ou exacerbation (aggravation) d'une toux chronique?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Une perte soudaine d'odorat (anosmie) d'apparition brutale, sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'une perte de goût (agueusie)?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Des difficultés respiratoires, telles que de l'essoufflement ou de la difficulté à parler?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Des douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense ou importante perte d'appétit?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Un mal de gorge?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
De la diarrhée?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Signature du patient

Date