

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT	Page 1 / 1
	COVID 19 : AUTO-QUESTIONNAIRE AVANT HOSPITALISATION OU CONSULTATION	Version : 003
	N° Réf : ADMIN-ENR-765	Date d'application : 12/06/2020

AUTO-QUESTIONNAIRE

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) oui non
- Toux sèche oui non
- Difficulté 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

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

Si vous avez une seule réponse « Oui », merci de prendre contact avec le secrétariat de prise de rendez-vous indiqué en haut de votre convocation.