

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2A: Formulaire de dépistage du patient / accompagnateur
(D, H, A, T, DD, P)

Nom de la personne dépistée ★ : _____ ★ Veuillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur	PRÉ-RDV Date : _____
Info du patient Prénom : _____ Nom : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____	
PRÉ-RDV	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
1 Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou êtes-vous en attente de résultat d'un test de dépistage ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous les conditions suivantes :	
2 Fièvre ? (plus de 38 °C ou 100,4 °F)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 Toux récente ou chronique qui s'est aggravée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4 Difficulté respiratoire ? (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5 Perte subite de l'odorat ? (avec ou sans perte du goût)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6 Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7 Mal de gorge ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8 Diarrhée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9 Avez-vous une condition de santé connue pouvant expliquer les symptômes rapportés ci-dessus ? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10 Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19 ? ▲	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11 Êtes-vous un travailleur de la santé ayant été en contact avec la COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) : _____ Signature pré-rdv : _____	