

COVID-19

QUESTIONNAIRE PRÉALABLE AUX CONSULTATIONS GÉNÉRALISTES DU CENTRE DE SANTE

Ce questionnaire doit être renseigné avant toute consultation avec un médecin généraliste du Centre de Santé

Présentez-vous ce jour ou avez-vous présenté dans les 48 heures précédentes un des signes suivants :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - De la fièvre ($\geq 38^{\circ}$) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Toux ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Essoufflements ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Des douleurs à la poitrine ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Des douleurs musculaires - courbatures ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Une perte de l'odorat ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Une perte du goût (à distinguer de l'envie de manger) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Au cours des 14 derniers jours, revenez-vous d'un séjour à l'étranger ? Oui Non



Hôpital de Houdan
Centre de Santé
42, rue de Paris
78550 HOUDAN



COVID-19

QUESTIONNAIRE PRÉALABLE AUX CONSULTATIONS GÉNÉRALISTES DU CENTRE DE SANTE

Ce questionnaire doit être renseigné avant toute consultation avec un médecin généraliste du Centre de Santé

Présentez-vous ce jour ou avez-vous présenté dans les 48 heures précédentes un des signes suivants :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - De la fièvre ($\geq 38^{\circ}$) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Toux ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Essoufflements ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Des douleurs à la poitrine ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Des douleurs musculaires - courbatures ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Une perte de l'odorat ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Une perte du goût (à distinguer de l'envie de manger) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Au cours des 14 derniers jours, revenez-vous d'un séjour à l'étranger ? Oui Non



Hôpital de Houdan
Centre de Santé
42, rue de Paris
78550 HOUDAN

