

AUTO-QUESTIONNAIRE ADULTE

Ce questionnaire doit être impérativement rempli la veille de votre admission à la clinique.

Si vous cochez un « oui », merci de contacter par mail ou par téléphone le secrétariat des médecins anesthésistes pour la conduite à tenir.

Si vous avez coché « non » à toutes les questions, merci d'apporter votre questionnaire rempli et signé lors de votre admission.

AUCUNE ADMISSION NE SERA ACCEPTEE SANS CE QUESTIONNAIRE REMPLI ET SIGNE

Nom : Prénom :

Date entrée :/...../..... Chirurgien :

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 du goût) | Oui - Non |

Symptômes mineurs

- | | |
|---|-----------|
| - Maux de gorges | 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 |
| - Éruption 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 14 derniers jours ?** Oui - Non

Date :/...../.....

Signature :

AUTO-QUESTIONNAIRE PEDIATRIQUE

Votre enfant présente-t-il ou a-t-il présenté dans le mois qui précède, un ou plusieurs de ces symptômes de façon inhabituelle ?

- | | |
|---|-----------|
| - Fièvre (température mesurée >38°C) | Oui - Non |
| - Toux sèche | Oui - Non |
| - Difficulté à respirer | Oui - Non |
| - Maux de gorge | Oui - Non |
| - Rhinite | Oui - Non |
| - Douleur dans les muscles (courbatures) | Oui - Non |
| - Fatigue importante | Oui - Non |
| - Maux de tête | Oui - Non |
| - Diarrhées | Oui - Non |
| - Nausées et/ou Vomissements | Oui - Non |
| - Anosmie (perte de l'odorat) | Oui - Non |
| - Agueusie (perte du goût) | Oui - Non |
| - Signes cutanés (urticaire, gonflement, rougeur et douleurs au niveau des doigts...) | Oui - Non |

Votre enfant a-t-il été en contact avec quelqu'un ayant présenté des symptômes précédents, ou testé COVID positif ? Oui - Non

Questionnaire à utiliser :

- Lors de la (télé)consultation pré anesthésique
- Lors de la visite pré anesthésique
- Lors de l'appel à J-1, pour les patients programmés en UCA

Date :/...../.....

Signature :