

## 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.

**NE VOUS DEPLACEZ PAS À LA CLINIQUE.**

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 15 derniers jours ?** Oui - Non

**Avez-vous séjourné à l'étranger à Mayotte ou en Guyane lors des 15 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

**Votre enfant ou vous-même avez-vous séjourné à l'étranger, à Mayotte ou en Guyane au cours des 15 derniers jours ?** 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 : .....