

AUTO-QUESTIONNAIRE

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 A 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 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 |
| - 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

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

Signature :

Questionnaire standardisé COVID-19 pédiatrique



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

- | | | |
|---|------------|------------|
| • Fièvre (température mesurée >38°) | oui | non |
| • Toux sèche | oui | non |
| • Difficultés 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 |
| • Ageusie (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 un des symptômes précédents, ou testé covid positif

oui non

Questionnaire à utiliser

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