

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Cabinet dentaire des Dr Jacques GOUDIER et Rémi ALTORFFER

COVID-19

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TEL :

Avez vous été diagnostiqué COVID-19?

OUI / NON

Si non ,avez-vous été en contact avec une personne diagnostiquée COVID -19? OUI / NON Date

Si oui

A quelle date?

Avez vous été hospitalisé?

OUI / NON

Si oui combien de jours?

Date de sortie:

Quand ont commencé les symptômes ?

Date de la fin de la fièvre?

Date de la disparition des difficultés respiratoires?

Avez vous fait un test de dépistage COVID-19 ? OUI / NON

Résultat

Depuis les dernières semaines ,avez-vous eu comme signe clinique:

-de la fièvre?
précisez la température

OUI / NON

Date

Nombre de jours

-sensation de fièvre?

OUI / NON

Date

Nombre de jours

-courbatures inexplicables?

OUI / NON

Date

Nombre de jours

-fatigue soudaine inexplicable?

OUI / NON

Date

Nombre de jours

-perte de goût ?

OUI / NON

Date

Nombre de jours

-perte d'odorat?

OUI / NON

Date

Nombre de jours

-difficultés respiratoires?

OUI / NON

Date

Nombre de jours

-toux sèche?

OUI / NON

Date

Nombre de jours

-diarrhées ?

OUI / NON

Date

Nombre de jours

-céphalée (hors migraine?)

OUI / NON

Date

Nombre de jours

Avez vous été en contact avec une personne ayant eu des signes cliniques présentés ci-dessus?

OUI / NON
quand?

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements

A

Le

Signature (signature du représentant légal pour les mineurs)