

## AUTO-QUESTIONNAIRE COVID-19

**Patient :** Nom.....  
Prénom..... Date de naissance .....

**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
- Eruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts ou aux mains 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

**Dans les 7 jours précédant votre admission, avez-vous participé à un rassemblement** (espace privé, professionnel, tout lieu ouvert au public) ne permettant pas le respect des mesures sanitaires (**distance inférieure à 1 mètre, sans masque**) OUI - NON

**Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus :**

**Appelez le secrétariat d'anesthésie au 04 56 58 12 50 ou le secrétariat de votre chirurgien.**

Ce document est à rapporter **impérativement** lors de votre consultation d'anesthésie.  
Un **second** document doit être complété de nouveau lors de votre admission à la clinique.