

**A Compléter avant chaque visite, consultation ou hospitalisation
et à conserver vers vous**

	OUI	NON
♦ Avez-vous été atteint du COVID 19 dans les quinze derniers jours ?		
Si non Présentez-vous ce jour ou avez-vous présenté dans les 48 heures précédentes un des signes suivants :		
♦ Avez-vous de la température > 38°C ?		
♦ Avez-vous des maux de tête importants et inhabituels ?		
♦ Avez-vous une toux et/ou gêne respiratoire importantes et inhabituelles ?		
♦ Avez-vous un essoufflement inhabituel ?		
♦ Avez-vous perdu brutalement le goût et/ ou l'odorat ?		
♦ Avez-vous des courbatures et/ ou des douleurs musculaires ?		
♦ Avez-vous de la diarrhée ?		
♦ Avez-vous été en contact rapproché avec une personne présentant des signes ou testée positive au COVID ?		

Si vous répondez « oui » à l'une de ces questions :

Pour les consultations ou hospitalisation

- Merci **de contacter le secrétariat de votre médecin**, pour envisager le maintien ou non de la consultation ou de l'examen.

Pour les visites

- **Reporter votre visite** et contacter votre médecin traitant.