

QUESTIONNAIRE COVID 19

Madame Monsieur,

Dans le contexte de l'épidémie de COVID 19, nous vous invitons à remplir ce questionnaire. Si vous répondez OUI au moins une fois, merci de contacter au plus vite le secrétariat des admissions du CMGR au 0478815269.

		OUI	NON
1	Avez-vous été testé positif COVID 19 au cours de la période épidémique		
Si non, dans les 15 derniers jours, avez-vous présenté			
2	De la température > 38°C		
3	Des frissons		
4	Des maux de gorge		
5	Des courbatures ou/et douleurs musculaires		
6	Des douleurs thoraciques		
7	Une toux		
8	Des maux de tête inhabituels		
9	Une fatigue importante		
10	Une perte d'appétit		
11	Le nez qui coule, des crachats		
12	Un essoufflement inhabituel		
13	Une perte du goût et/ou de l'odorat		
14	Des douleurs abdominales et/ou une diarrhée		
15	D'autres signes		
16	Avez-vous été en contact avec une personne présentant ces signes ou testée positive au COVID		
Report de l'admission ou du rendez-vous			