

FICHE 2 : Fiche à adresser au moment de la prise de rdv

QUESTIONNAIRE MEDICAL :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro sécurité sociale :

Mail :

Téléphone :

Avez-vous eu un épisode de COVID connu ?

oui non

Si oui, Date de début et date de fin ?

Avez-vous eu un test ? oui non

Si oui, quand ?

Quel a été le résultat ?

Vous n'avez pas eu de COVID connu ? Avez-vous ces symptômes ?

➤ Toussez-vous ? oui non

➤ Êtes -vous fatigué de façon inhabituelle ? oui non

➤ Avez-vous une maladie auto-immune ? oui non

➤ Prenez-vous des médicaments ? oui non

Si oui, lesquels ?

➤ Avez-vous des ATCD de maladies cardiovasculaires d'HTA, de vascularité, de maladie de Raynaud, maladie thromboembolique, de maladie pulmonaire, rénale, de syndrome de Raynaud des extrémités. oui non

Si oui, veuillez préciser :

➤ Avez-vous mal à la gorge ? oui non

➤ Avez-vous des allergies connues ? oui non

Si oui, lesquelles ?

- **Avez-vous eu des problèmes lors d'intervention de chirurgie ou de médecine esthétique ?** oui non

Si oui, veuillez préciser :

- **Etes-vous essoufflé ?** oui non

- **Avez-vous des douleurs thoraciques ?** oui non

- **Des troubles du goût, d'odorat, digestifs ?** oui non

- **Des signes cutanés inconnus de vous avant ?** oui non

- **Avez-vous eu des contacts avec des personnes ayant eu un COVID dans le dernier mois ?** oui non

- **Avez-vous déjà fait un test COVID ?** oui non

Si oui, quand ?

Quel a été le résultat ?

J'atteste sur l'honneur la véracité des renseignements fournis et n'avoir rien oublié de noter

DATE :

SIGNATURE :