

Questionnaire COVID-19 à remplir (OBLIGATOIRE)

Ce questionnaire a pour objectif de repérer et de faire dépister les patients à risque et/ou qui pourraient être porteurs sains du virus COVID-19

A) Questionnaire portant sur les 15 derniers jours précédant la consultation d'anesthésie/de chirurgie (entourez la mention)

Date de ma consultation :

	NON (cochez la case)	OUI* (cochez la case)
Comorbidités patients : HTA mal équilibrée/ Diabète mal équilibré Obésité sévère (IMC> 35kg/m2) Pathologie chronique lourde: cardio-vasculaire (AVC/coronaropathie/insuff.cardiaque), respiratoire, hépatique (cirrhose), ou rénale (IRC sévère ou dialysée) Immunodépression relative (pathologies ou traitements) Age >70ans		
Notion de contage récent (15 derniers jours) Notion de contact récent (<1mètre et/ou >15min sans protection) avec une personne COVID+ ou avec des symptômes compatibles		
Symptômes récents (15 derniers jours) Fièvre (T°>38°)/ Courbatures Toux/ Difficultés respiratoires (FR>20/min) Perte de goût ou d'odorat		

Questionnaire A) à remplir en présence du praticien/ *Un OUI = indication à dépister le patient par écouvillon nasal (RT-PCR)

En cas d'apparition de symptômes pouvant faire suspecter une infection RECENTE à Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) tels que la FIEVRE et/ou des SIGNES RESPIRATOIRES (toux/ difficultés à respirer) dans l'intervalle ENTRE votre consultation d'anesthésie/de chirurgie et le jour de votre intervention :

- **Informez votre chirurgien le plus tôt possible**
- **Restez chez vous, confinez-vous, prenez un RDV de téléconsultation avec votre médecin traitant pour être évalué et dépisté**
- **Votre chirurgie est AUTOMATIQUEMENT REPORTEE à une date ultérieure** et sa reprogrammation devra être organisée en accord avec votre praticien/ chirurgien - AU MINIMUM 2 semaines APRES la disparition de TOUS les symptômes et AVEC résultats de tests de dépistage.

B) Questionnaire à remplir le jour de l'admission pour mon intervention et à remettre à l'hôtesse d'accueil – OBLIGATOIRE (cochez la case).

Date de mon admission :

	NON	OUI*
Apparition de nouveaux symptômes (5 derniers jours) Fièvre (T°>38°)/ Courbatures Toux/ Difficultés respiratoires (FR>20/min) Perte de goût ou d'odorat		

* Un OUI = passage à l'ATM pour dépistage. L'intervention sera reportée à une date ultérieure. Le praticien aura la charge de recontacter le patient afin de reprogrammer l'intervention.

Je soussigné M/Mme..... ; certifie l'exactitude des renseignements fournis.

Signature et date :