

## QUESTIONNAIRE COVID 19

En raison de l'épidémie COVID-19, le service de médecine professionnelle a appliqué toutes les conditions sanitaires visant à vous protéger d'une infection par la COVID 19.

**Nous vous demandons, en l'absence d'obligation majeure, de vous présenter seul(e) à la visite médicale professionnelle afin de limiter le flux de personnes dans les salles d'attente.**

**Le port du masque est obligatoire : Vous devez porter un masque couvrant le nez et la bouche et vous désinfecter les mains avec une solution hydro-alcoolique.**

Afin de vous protéger, nous vous demandons de remplir le questionnaire suivant.

**Ce questionnaire médical est strictement confidentiel et ne doit pas être remis à votre employeur.**

Nom :

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Au cours des **15 jours précédents** :

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 - Avez-vous présenté un ou plusieurs des symptômes suivants :  |                          |                          |
| • Fièvre ( $T^{\circ} > 38^{\circ}$ ) ou sensation de fièvre   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Toux anormale ou congestion nasale   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Difficultés à respirer ( <i>plus qu'à l'habitude</i> )   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Perte de l'odorat ( <i>anosmie</i> ) ou du goût ( <i>agueusie</i> )  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Syndrome grippal ( <i>courbatures, douleurs musculaires</i> )  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diarrhée   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Avez-vous eu un contact sans masque avec une personne COVID+ ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Avez reçu de la part de la CPAM ou de votre médecin traitant des consignes d'isolement ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- Etes- vous dans l'attente d'un résultat d'un test de dépistage ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 - Êtes-vous revenu d'un voyage à l'étranger ou d'un rassemblement de nombreuses personnes ( <i>mariage, funérailles, festival, concert, etc.</i> ) où vous étiez sans masque ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si vous avez répondu « oui » à au moins une de ces questions, nous vous demandons de contacter le secrétariat du service de médecine professionnelle au 01 64 14 17 26 ou 01 64 14 17 23 et de ne pas vous présenter à la visite médicale professionnelle.**

Si vous avez répondu oui aux questions 1 ou 2, nous vous conseillons de consulter votre médecin traitant si vous ne l'avez pas encore fait.