



PMLASER - Questionnaire Covid-19

A remettre obligatoirement avant tout rendez-vous au centre PMLASER

1) Avez vous présenté depuis 3 semaines un ou plusieurs symptômes suivants :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Température supérieure à 38° : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Toux : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Courbatures : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Diminution ou perte de l'odorat et/ou du goût : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Diarrhées, nausées, vomissements : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête inhabituels : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Mal de gorge : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Ecoulement nasal : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Difficulté respiratoire, essoufflement : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Engelures des doigts ou plaques rouges sur le corps : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Fatigue importante, altération de l'état général : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Etat confusionnel : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

2) Avez vous eu le covid-19 ces dernières semaines ?

- Oui Non

3) Avez vous été en contact ces 15 derniers jours avec une personne porteuse du covid-19 ?

- Oui Non

4) Avez vous récemment voyagé à l'étranger ?

- Oui Non

Si oui, avez vous été testé(e) à votre arrivée en France ?

- Oui Non

Si vous avez répondu OUI au moins une fois au cours de ce questionnaire, vous devez :

1. contacter le centre PMLASER pour reporter votre rendez vous,
2. effectuer un test PCR au plus vite et consulter votre médecin habituel.

Sexe : F H Taille : Poids : Age :

L'exactitude de vos réponses engage votre responsabilité envers vous-même, et les autres (votre entourage et l'ensemble de l'équipe du centre PMLASER).

Je soussigné,

Nom :

Prénom :

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et déclare en avoir compris l'importance.

Date : / /

Signature :