



**FICHE « QUESTIONNAIRE PATIENT COVID 19 »**

**Avant toute Consultation d'orthopédie**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Afin de connaitre votre état de santé pendant cette période de pandémie COVID19, nous vous remercions de répondre à ce questionnaire médical avant toute consultation en chirurgie orthopédique.

- **Avez-vous eu ou avez-vous de la fièvre ou des frissons ces derniers jours ?.....**  oui  non
- **Toussez-vous ou avez-vous toussé ? .....**  oui  non
- **Avez-vous eu ou avez-vous une difficulté respiratoire ? .....**  oui  non
- **Avez-vous remarqué une diminution ou une perte du goût ou de l'odorat ? ....**  oui  non
- **Avez-vous eu ou avez-vous des courbatures, des douleurs musculaires, une fatigue anormale ? .....**  oui  non
- **Avez-vous eu ou avez-vous des maux de tête, un mal de gorge, un écoulement nasal ? .....**  oui  non
- **Avez-vous eu ou avez-vous des engelures, des crevasses aux mains ?.....**  oui  non
- **Vous a-t-on diagnostiqué COVID+ depuis moins de 3 semaines ?.....**  oui  non
- **Est-ce que quelqu'un de votre famille ou de votre entourage a été atteint du COVID19 ?.....**  oui  non
- **Venez-vous d'un EHPAD ? .....**  oui  non
- **Avez-vous séjourné ces 14 derniers jours à l'étranger, en Guyane ou à Mayotte ? .....**  oui  non

Fait à Chalon sur Saône,  
Le ..... / ..... / .....

Signature du patient (ou tuteur légal)  
Précédée de la mention « **Lu et approuvé** »