QUESTIONNAIRE COVID 19

1. *Etes-vous à risques de développer une forme grave de la maladie ?*

Age supérieur à 65 ans	☐ OUI ☐ NON
Hypertention artérielle avec complications (cardiaque, rénales ou vasculo-cérébrales)	☐ OUI ☐ NON
ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, inssufissance cardiaque.	☐ OUI ☐ NON
Diabète non équilibré ou présentant des complications	☐ OUI ☐ NON
Pathologie chronique respiratoire (asthme sévère, SAOS, BPCO, mucoviscidose)	☐ OUI ☐ NON
Inssuffisance rénale chronique dyalisée	☐ OUI ☐ NON
Immunodépression congénitale ou acquise :	☐ OUI ☐ NON
- Médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse,traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapieà dose immunosuppressive.	☐ OUI ☐ NON
- Par infection à VIH non controlée ou avec des CD4 <200/mm3	☐ OUI ☐ NON
- Consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches Hématopoietique	☐ OUI ☐ NON
- Liée à une hématopathie maligne en cours de traitement.	☐ OUI ☐ NON
Cirrhose au stade B ou C du score de Child Pugh	☐ OUI ☐ NON
Obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 Kgm-2	☐ OUI ☐ NON
Syndrome drépanocytaire majeur	☐ OUI ☐ NON
Antécédent de splénectomie	☐ OUI ☐ NON
Grossesse au troisième trimestre	☐ OUI ☐ NON

2. *Dans les 14 derniers jours, avez-vous côtoyé étroitement :*

Une personne diagnostiquée COVID 19 ? ☐ OUI ☐ NON

3. *A ce jour et dans les 2 dernières semaines présentez vous des signes évocateurs de la maladie ?*

Fièvre (>38°)	☐ OUI ☐ NON
Si oui, date de fin :	☐ OUI ☐ NON
Perte ou baisse de goût soudaine	☐ OUI ☐ NON
Fatigue soudaine inexpliquée	☐ OUI ☐ NON
Diarrhées (chez patient >80ans et enfant <3ans)	☐ OUI ☐ NON

Difficulté respiratoire	☐ OUI ☐ NON
Si oui, date de fin :	☐ OUI ☐ NON
Toux sèche	☐ OUI ☐ NON
Courbatures inexpliquées	☐ OUI ☐ NON
Céphalées (hors migraine connues)	☐ OUI ☐ NON
Altération de l'état général	

4. *Avez-vous été diagnostiqué positif au COVID 19 ?* ☐ OUI ☐ NON

Nombre de jours depuis le début des symptômes :

Nombre de jours depuis la fin de la fièvre :

Nombre de jours depuis la fin de la difficulté respiratoire :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus :

Signature :

Nom / prenom:

Téléphone :

contact@lacliniquedentaire.fr - 17 avenue des Martyrs de Chateaubrillant - 91210 Draveil