

## Déclaration du Patient / Accompagnateur Contact du Coronavirus COVID-19

### Informations personnelles

|   |
|---|
| Nom et Prénom: _____ Numéro de Téoudat Zéout: _____ |
|---|

### Veillez remplir les informations suivantes concernant les deux dernières semaines

|   |  |  |                                   |                                       |                               |                                       |                                    |  |   |  |  |   |              |
|---|--|--|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|---|--|--|---|--------------|
| <b>Symptômes</b>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Fièvre <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Frissons <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Vomissements <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Toux <input type="checkbox"/></td> <td>Maux de tête <input type="checkbox"/></td> <td>Diarrhées <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Maux de gorge <input type="checkbox"/></td> <td>Douleurs musculaires <input type="checkbox"/></td> <td>Perte de l'odorat/du goût <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Essoufflement <input type="checkbox"/></td> <td>Maux de ventre <input type="checkbox"/></td> <td>Autre: _____</td> </tr> </table> | Fièvre <input type="checkbox"/>                    | Frissons <input type="checkbox"/> | Vomissements <input type="checkbox"/> | Toux <input type="checkbox"/> | Maux de tête <input type="checkbox"/> | Diarrhées <input type="checkbox"/> | Maux de gorge <input type="checkbox"/> | Douleurs musculaires <input type="checkbox"/> | Perte de l'odorat/du goût <input type="checkbox"/> | Essoufflement <input type="checkbox"/> | Maux de ventre <input type="checkbox"/> | Autre: _____ |
| Fièvre <input type="checkbox"/>   | Frissons <input type="checkbox"/>  | Vomissements <input type="checkbox"/>              |                                   |                                       |                               |                                       |                                    |  |   |  |  |   |              |
| Toux <input type="checkbox"/>   | Maux de tête <input type="checkbox"/>  | Diarrhées <input type="checkbox"/>                 |                                   |                                       |                               |                                       |                                    |  |   |  |  |   |              |
| Maux de gorge <input type="checkbox"/>  | Douleurs musculaires <input type="checkbox"/>  | Perte de l'odorat/du goût <input type="checkbox"/> |                                   |                                       |                               |                                       |                                    |  |   |  |  |   |              |
| Essoufflement <input type="checkbox"/>  | Maux de ventre <input type="checkbox"/>  | Autre: _____                                       |                                   |                                       |                               |                                       |                                    |  |   |  |  |   |              |
| Maladie Active  | Avez-vous été diagnostiqué positif au Coronavirus COVID-19 : Oui / Non<br>(Si oui- à quelle date ? ___/___/___)  |  |                                   |                                       |                               |                                       |                                    |  |   |  |  |   |              |
| <b>Etiez vous dans un pays étranger durant le mois précédant?</b>   | <b>Oui / Non</b>   |  |                                   |                                       |                               |                                       |                                    |  |   |  |  |   |              |
| Avez-vous été en contact avec une personne contaminée ou suspecte de contamination au Coronavirus COVID-19 ou à une quelconque autre maladie infectieuse? | <p>Est-ce que l'un de vos proches a eu de la fièvre / le nez qui coule / une toux / des maux de gorge ou un autre signe d'infection ? Oui / Non</p> <p>Avez-vous été en contact avec une personne mise en quarantaine durant les deux dernières semaines ? Oui / Non</p> <p>Avez-vous été en contact avec une personne contaminée / suspecte de contamination au Coronavirus? Oui / Non</p> <p>Si oui, à quelle date? ___/___/___</p>  |  |                                   |                                       |                               |                                       |                                    |  |   |  |  |   |              |
|   |  |  |                                   |                                       |                               |                                       |                                    |  |   |  |  |   |              |

Ces informations partagées ne vont pas altérer le traitement médical approprié.

Je certifie par la présente que les informations fournies ci-dessus sont correctes, et je suis conscient/e que la désinformation risque d'entraîner un danger à la santé publique et/ou mettre en danger le personnel médical.

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Heure: \_\_\_:\_\_\_

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_