



GENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
CASTELSARRASIN MOISSAC

## Questionnaire COVID-19 avant consultation

RISQUE\_INFECTIEUX\_6\_PL10\_FO1  
Version 01

Etiquette patient

**Date :** ..... / ..... / .....

### Au cours des 3 dernières semaines :

<b>Avez-vous ou avez-vous :</b>	Oui	Non
Eté en contact avec une personne atteinte du COVID-19 ?		
Eu de la fièvre ou des frissons ces derniers temps ?		
Eu des signes cliniques respiratoires (toux, difficulté respiratoire) ?		
Eu une diminution de l'odorat ou une perte de goût?		
Eu des troubles digestifs (type diarrhées, vomissements) ?		