

1. Le patient est-il à risque de développer une forme grave de la maladie ?

	OUI	NON
Age supérieur à 65 ans Hypertension artérielle avec complications (cardiaques, rénales, ou vasculo-cérébrales) ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque Insuffisance cardiaque Diabète non équilibré ou présentant des complications ; Pathologie chronique respiratoire (asthme sévère, SAOS, BPCO, mucoviscidose) Insuffisance rénale chronique dialysée Immunodépression congénitale ou acquise : - médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive - par infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm ³ - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement Cirrhose au stade B ou C du score de Child Pugh Obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm-2 Syndrome drépanocytaire majeur Antécédent de splénectomie Grossesse au troisième trimestre		

2. Dans les 14 derniers jours, le patient a-t-il côtoyé étroitement :

- Une personne diagnostiquée COVID-19 ? OUI NON

3. A ce jour et dans les 2 dernières semaines a-t-il présenté des signes évocateurs de la maladie ?

Fièvre (> 38°C)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Difficulté respiratoire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, date de fin :		Si oui, date de fin :	
Perte ou baisse de goût soudaine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Toux sèche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Perte ou baisse d'odorat soudaine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Courbatures inexpliquées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fatigue soudaine inexpliquée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Céphalées (hors migraines connues)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Altération de l'état général	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diarrhées (chez patient > 80 ans et enfant)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
< 3 ans)			

Le patient a-t-il 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 :

Date

NOM Prénom et Signature

Il faut savoir que si vous ne présentez pas de symptômes du Covid 19, ceci n'élimine pas le fait que vous soyez infecté ou en phase d'incubation.

Nous mettons tout en œuvre afin d'assurer la meilleure protection contre le virus (pour vous comme pour nous) lors de votre prise en charge, mais nous ne pouvons garantir la totale innocuité de nos traitements.

Une infection peut toujours se déclarer après votre retour à votre domicile. Nous vous demandons de nous signaler au plus vite tout changement de votre état de santé.

Ainsi informé,

J'accepte les soins

Je refuse les soins et les reporte ultérieurement

(barrer la mention inutile)

Date

NOM Prénom et Signature