

QUESTIONNAIRE ScoCliCo

Pour votre sécurité, ce questionnaire vous sera demandé à plusieurs étapes de votre prise en charge.

Date:

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Motif de venue :

	Si OUI, à quel moment ?	
	Dans les 2 derniers jours	Dans les 15 derniers jours
Avez-vous été en contact avec une personne atteinte de COVID ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vu eu de la fièvre, ou des frissons, ou des maux de tête, ou des courbatures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des symptômes de « rhume » (nez bouché ou qui coule, mal à la gorge) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous toussé pendant plus de 2 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des difficultés à respirer ou un essoufflement inhabituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu de la diarrhée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu le goût ou l'odorat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentez-vous des lésions cutanées nouvelles, notamment des rougeurs au niveau des orteils ou une éruption récente sur le corps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UNIQUEMENT POUR LES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS		
Avez-vous eu une apparition ou aggravation de troubles cognitifs ou du comportement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous chuté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Les résultats feront l'objet d'une évaluation médicale.