

Attestation à remplir dans le cadre d'une consultation externe

 Site de Fontainebleau

 Site de Montereau-Fault-Yonne

 Site de Nemours

Nom de naissance : _____

Nom usuel : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Consultation avec le Dr : _____

Date : / / 2020 Heure : H

J'atteste avoir sincèrement rempli l'auto-questionnaire

Je m'engage à informer sans délai l'établissement en cas de diagnostic ou de suspicion d'une atteinte par le Covid-19 dans les 8 jours au secrétariat de consultation.

Je consens, par la présente signature, à la conservation de cette attestation par l'établissement dans mon dossier médical.

Signature :

Vous devez apporter réponse à chacune des questions numérotées de 1 à 12, en entourant chaque réponse.

En cas de question ou de difficulté, veuillez-vous rapprocher du personnel de l'établissement.

1	Avez-vous été atteint du Covid-19 dans les 15 derniers jours ?	oui	non
	Présentez-vous ce jour ou avez-vous présenté dans les 48 heures précédentes un des signes suivants :		
2	De la fièvre (température égale ou supérieur à 37,8°) ?	oui	non
3	Des courbatures ?	oui	non
4	De la toux ?	oui	non
5	Des signes O.R.L. : rhume, angine, pharyngite (en dehors de la rhinite ou d'une conjonctivite allergique diagnostiquée) ?	oui	non
6	Une perte de l'odorat sans nez bouché ou une perte du goût des aliments (distincte de la perte d'appétit) ?	oui	non
7	Des maux de tête inhabituels ?	oui	non
8	Des troubles digestifs (nausée, vomissement, diarrhée) ?	oui	non
9	Une fatigue inhabituelle ?	oui	non
10	D'autres signes comme des moments de désorientation ou des chutes inexpliquées ?	oui	non
11	Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID 19 ?	oui	non
12	Avez-vous été en contact avec une personne qui présentait l'un des signes mentionné dans les questions 1 à 10 ?	oui	non