

Questionnaire Covid-19

Vous allez être hospitalisé au Médipôle de Savoie.

Afin de limiter le risque infectieux pour vous et les personnes qui vous entourent durant votre séjour dans l'établissement, vous devez systématiquement remplir ce questionnaire juste avant votre entrée le jour de votre hospitalisation, que vous soyez vacciné contre la Covid ou non.

Ce questionnaire recherche la présence de symptômes pouvant évoquer une infection par le virus de la Covid dans le délai séparant votre consultation et l'hospitalisation.

Ces symptômes ne doivent être pris en compte que si leur apparition est inhabituelle chez vous (par exemple : l'apparition de céphalées chez une personne migraineuse n'est, a priori pas liée à une infection par le virus de la Covid).

Vous devez prendre votre température le jour de votre entrée.

Toute réponse positive à ce questionnaire **DOIT** entraîner (si le symptôme est inhabituel !) une prise de contact avec notre équipe **AVANT** votre hospitalisation.

De même, le fait d'être catégorisé cas contact par la Sécurité Sociale ou d'avoir eu un contact étroit avec une personne positive à la Covid dans les 15 jours **DOIT** entraîner cette prise de contact.

Avez-vous actuellement, ou avez-vous eu dans les jours précédents, un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?

Symptômes majeurs :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre (température mesurée >38°C) | <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min) |
| <input type="checkbox"/> Toux sèche | |
| <input type="checkbox"/> Anosmie (perte de l'odorat) | <input type="checkbox"/> Agueusie (perte du goût) |

Symptômes mineurs :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maux de gorge | <input type="checkbox"/> Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation) |
| <input type="checkbox"/> Rhinorrhée (« nez qui coule ») | <input type="checkbox"/> Céphalées (« maux de tête ») |
| <input type="checkbox"/> Douleur thoracique | <input type="checkbox"/> Diarrhées |
| <input type="checkbox"/> Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures) | <input type="checkbox"/> Nausées et/ou vomissements |
| <input type="checkbox"/> Altération de l'état général ou fatigue importante | <input type="checkbox"/> Éruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts ou à la main |

Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'un mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

*N'oubliez pas de remplir ce questionnaire, il sera exigé à votre entrée dans le service.
En vous remerciant de votre attention.*