

Cabinet Dentaire SELARL GAROSA  
55 Avenue de Limoges 87270 Couzeix  
05 55 35 82 11

Dr RONDEAU / Dr GACHON / Dr SAUVEZIE / Dr DEMERY

## QUESTIONNAIRE MEDICAL COVID DECLARATIF

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

- ✓ Avez-vous été en contact, ces 15 derniers jours, avec une personne atteinte du COVID-19 (déclarée ou suspectée) ? OUI / NON
- ✓ Avez-vous eu ces derniers jours : fièvre, frissons, sensation de froid inexplicée ?  
OUI / NON
- ✓ Ressentez-vous une fatigue importante, inhabituelle ? OUI / NON
- ✓ Constatez-vous des difficultés récentes et inexplicées à respirer lors d'efforts modérés (Montée d'escalier, s'habiller, marcher) ? OUI / NON
- ✓ Avez-vous eu ces derniers jours des courbatures, une migraine inhabituelle ?  
OUI / NON
- ✓ Avez-vous une toux persistante ou inhabituelle ? Des difficultés à parler sans tousser ? Mal à la gorge ?  
OUI / NON
- ✓ Constatez-vous une perte ou une diminution de l'odorat et du goût ? OUI / NON
- ✓ Avez-vous des troubles digestifs, une diarrhée, des maux de ventre importants ?  
OUI / NON
- ✓ Constatez-vous des démangeaisons ou des plaques rouges douloureuses sur le corps ?  
OUI / NON
- ✓ Avez-vous réalisé dernièrement un test de dépistage positif? OUI / NON

**Si vous avez répondu oui à au moins l'une des questions ci-dessus, merci d'en informer sans délai le secrétariat par téléphone et, dans tous les cas de figures, ne pas vous présenter au cabinet.**

Fait à  
Le

Signature du Patient