



Déclaration du Patient / Accompagnateur **Contact du Coronavirus COVID-19**

Informations personnelles

Nom et Prénom: _____ Numéro de Téoudat Zéout: _____

Veillez remplir les informations suivantes concernant les deux dernières semaines

Symptômes	Fièvre <input type="checkbox"/>	Frissons <input type="checkbox"/>	Vomissements <input type="checkbox"/>
	Toux <input type="checkbox"/>	Maux de tête <input type="checkbox"/>	Diarrhées <input type="checkbox"/>
	Maux de gorge <input type="checkbox"/>	Douleurs musculaires <input type="checkbox"/>	Perte de l'odorat/du goût <input type="checkbox"/>
	Essoufflement <input type="checkbox"/>	Maux de ventre <input type="checkbox"/>	Autre: _____
Maladie Active	Avez-vous été diagnostiqué positif au Coronavirus COVID-19 : Oui / Non (Si oui- à quelle date ? ____/____/____)		
Etiez vous dans un pays étranger durant le mois précédant?	Oui / Non		
Avez-vous été en contact avec une personne contaminée ou suspecte de contamination au Coronavirus COVID-19 ou à une quelconque autre maladie infectieuse?	Est-ce que l'un de vos proches a eu de la fièvre / le nez qui coule / une toux / des maux de gorge ou un autre signe d'infection ? Oui / Non		
	Avez-vous été en contact avec une personne mise en quarantaine durant les deux dernières semaines ? Oui / Non		
	Avez-vous été en contact avec une personne contaminée / suspecte de contamination au Coronavirus? Oui / Non		
	Si oui, à quelle date? ____/____/____		

Ces informations partagées ne vont pas altérer le traitement médical approprié.

Je certifie par la présente que les informations fournies ci-dessus sont correctes, et je suis conscient/e que la désinformation risque d'entraîner un danger à la santé publique et/ou mettre en danger le personnel médical.

Date: ____/____/____ Heure: ____:____

Nom et Prénom: _____ Signature: _____