

FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR

IMPORTANT : Veuillez nous téléphoner si vous répondez oui à une de ces questions.

	PRÉ-RDV	CLINIQUE
Nom de la personne dépistée : _____ Veuillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur : Nom du patient : _____ <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur		
	Date: _____	Date: _____
1. Présentez-vous <u>un</u> des symptômes suivants ?		
<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Toux • Difficulté respiratoire • Perte soudaine du goût ou de l'odorat • Essoufflement • Mal de gorge 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Présentez-vous <u>deux</u> des symptômes suivants ?		
<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue intense • Mal de tête • Douleurs musculaires (non liées à un effort) • Perte d'appétit importante • Nausées et/ou vomissements • Diarrhée • Douleur abdominale 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Êtes-vous actuellement en isolement pour un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Avez-vous reçu une recommandation de passer un test de dépistage ou êtes-vous en attente du résultat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Avez-vous reçu la consigne de vous placer en isolement préventif (Ex. : de retour d'un voyage à l'étranger depuis moins de 14 jours, contact d'un cas confirmé de COVID-19)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) : Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		
Pour votre confort, vous pouvez apporter des souliers ou des pantoufles puisque nous vous demandons de retirer vos bottes dans la clinique.		