Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60354

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ (aaaa/mm/jj) ☐ F ☐ M

NAM : _____ Exp. _____ (aaaa/mm)

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

QUESTIONNAIRE COVID-19 PRÉOPÉRATOIRE

Consignes : Effectuer ce questionnaire chez tous les usagers, même ceux qui ont obtenu un résultat négatif récent au test de dépistage COVID-19. De plus, ne pas oublier de mentionner à l'usager de respecter la quarantaine à domicile, une fois le questionnaire et le test de dépistage réalisés.

VÉRIFICATION PRÉOPÉRATOIRE						
Date	aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj	
Réponses	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
1. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous fait de la fièvre ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu une perte de l'odorat ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu une toux nouvelle ou pire qu'à l'habitude ? Le nez qui coule, des difficultés respiratoires ou des maux de gorge ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu des douleurs musculaires ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact rapproché (moins de 2 mètres et de façon prolongée) avec une personne ayant un diagnostic positif de COVID-19 ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Initiales						

** Pour toute réponse affirmative, veuillez préciser dans les notes complémentaires.*

ANTÉCÉDENTS DE COVID-19

Date du diagnostic : aaaa/mm/jj

Traitements et sévérité : ☐ Oxygène : _____ ☐ Intubation : _____

☐ Hospitalisation : _____ ☐ Soins intensifs : _____

Symptômes rencontrés : _____

_____ Date de fin : aaaa/mm/jj

Complications : ☐ Cardiaque : _____ ☐ Neurologique : _____ ☐ Rénale : _____

☐ Respiratoire : _____ ☐ Vasculaire : _____ ☐ Autres : _____

Symptômes résiduels : ☐ Dyspnée ☐ Fatigue ☐ Toux ☐ Inconfort thoracique ☐ Inconfort cardiaque

☐ Perte du goût ☐ Perte de l'odorat ☐ Autre : _____

NOTES COMPLÉMENTAIRES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Initiales	Signature et titre	Date	Initiales	Signature et titre	Date
		aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj
		aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj