

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom de la mère : _____

QUESTIONNAIRE COVID-19 CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

	PROCHES		ENFANT	
	OUI	NON	OUI	NON
1. Est-ce que vous, votre enfant ou une autre personne qui réside au domicile, est en attente d'un résultat ou a reçu un diagnostic de COVID-19 positif? Si oui : Demander de ne pas se présenter dans un établissement du CISSMO et de rappeler après la levée du confinement par la Santé Publique. Si non : Poursuivre le questionnaire.	☐	☐	☐	☐
2. Est-ce que vous, votre enfant ou une autre personne qui réside au domicile, présente les facteurs de risques suivants :				
• A voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours? Si oui : Demander de rappeler à la fin de la quarantaine si non symptomatique.	☐	☐	☐	☐
• A été en contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19 dans les derniers 14 jours?	☐	☐	☐	☐
• Éclosion récente de COVID-19 dans le milieu de travail ou au service de garde ou à l'école?	☐	☐	☐	☐
• A été hospitalisé pour une durée d'au moins 24 heures dans les derniers 14 jours?	☐	☐	☐	☐
• A visité un milieu de vie (CHSLD, RPA ou autre) avec éclosion de COVID-19 lors de la visite?	☐	☐	☐	☐
3. Est-ce que vous, votre enfant ou une personne qui réside au domicile, présente un ou plusieurs des symptômes suivants :				
• Fièvre (température buccale supérieure à 38°C)	☐	☐	☐	☐
• Toux récente ou chronique exacerbée	☐	☐	☐	☐
• Difficultés respiratoires	☐	☐	☐	☐
• Perte de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût	☐	☐	☐	☐
• Douleurs musculaires	☐	☐	☐	☐
• Céphalée	☐	☐	☐	☐
• Mal de gorge	☐	☐	☐	☐
• Fatigue intense	☐	☐	☐	☐
• Diarrhée/Vomissement	☐	☐	☐	☐
4. Commentaires : _____ _____ _____ _____ _____				
5. Date prévue du rendez-vous : _____ aaaa/mm/jj				

Signature et titre : _____

Date : _____ aaaa/mm/jj