

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

QUESTIONNAIRE COVID-19 CLINIQUE EXTERNE ET SERVICES AMBULATOIRES

Clinique externe : _____ Date prévue du rendez-vous : _____ aaaa/mm/jj	OUI	NON
1. Est-ce que vous avez reçu un diagnostic positif de la COVID-19 dans les 14 derniers jours? • Si oui, avez-vous obtenu, de la santé publique, la levée de l'isolement et votre statut « rétabli »? Date de prélèvement : _____ aaaa/mm/jj Résultat : ☐ Positif	☐ ☐	☐ ☐
2. Êtes-vous actuellement en isolement selon les recommandations de la santé publique ou suite à un dépistage?	☐	☐
3. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada?	☐	☐
4. Est-ce que vous êtes symptomatique , c'est-à-dire vous présentez : Un des symptômes suivants :	☐	☐
• Fièvre (température buccale supérieure à 38°C)	☐	☐
• Toux récente ou chronique exacerbée	☐	☐
• Difficulté à respirer / essoufflement	☐	☐
• Perte de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte du goût	☐	☐
• Mal de gorge	☐	☐
Au moins deux symptômes parmi les suivants :	☐	☐
• Douleurs musculaires généralisées	☐	☐
• Grande fatigue	☐	☐
• Mal de tête inhabituel	☐	☐
• Perte d'appétit importante	☐	☐
• Douleur au ventre	☐	☐
• Nausées ou vomissements	☐	☐
• Diarrhée	☐	☐
5. Commentaires : _____ _____ _____		
Signature et titre : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj		
<p>Si réponse affirmative à l'une des questions :</p> <p>→ Si usager a reçu un diagnostic positif de la COVID-19 : Reporter le rendez-vous (référer au médecin ou au professionnel au dossier, au besoin). La fin de l'isolement est déterminée par la santé publique.</p> <p>→ Si usager symptomatique ou en isolement par la santé publique ou suite à un dépistage : Reporter le rendez-vous en précisant à l'usager qu'il ne doit pas se présenter à son rendez-vous avec des symptômes ou lors de son isolement (référer au médecin ou au professionnel au dossier, au besoin) et référer l'usager à la Ligne Info-COVID (1-877-644-4545).</p>		
<p>Jour du rendez-vous : ☐ Questionnaire COVID-19 validé à nouveau avec l'usager</p> <p>Signature et titre : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj</p>		