

## QUESTIONNAIRE MEDICAL CURE/COVID 19

Chers curistes,

Dans le cadre de la lutte contre le COVID 19, il vous est demandé de compléter cet auto- questionnaire qui, selon un principe de précaution est destiné à s'assurer que vous ne présentez pas de signes ou symptômes rencontrés dans le repérage du COVID 19 ou que vous n'avez pas été en contact avec des personnes potentiellement malades.

Ce questionnaire n'est pas à visée diagnostic et ne saurait se substituer à la consultation avec un médecin traitant. **En cas de réponse positive à l'une de ces questions, il vous est donc conseillé de contacter votre médecin traitant.**

Les informations recueillies sont confidentielles.

Le **Questionnaire est à remettre au Médecin Thermal.**

**NOM PRENOM :** .....

**DEPARTEMENT RESIDENCE :** .....

**DATE ENTREE EN CURE** .....

		oui	non
<b>1</b>	Avez-vous été atteint du Covid-19 dans les 15 derniers jours ?		
<b>Présentez-vous ce jour ou avez-vous présenté dans les 15 jours précédents un des signes suivants :</b>			
<b>2</b>	De la fièvre (température égale ou supérieure à 37.8°)		
<b>3</b>	Des courbatures		
<b>4</b>	De la toux		
<b>5</b>	Des signes ORL : Rhume, angine, pharyngite (en dehors de la rhinite ou d'une conjonctivite allergique diagnostiquée)		
<b>6</b>	Une perte de l'odorat sans nez bouché ou une perte du goût des aliments (distincte d'une perte d'appétit)		
<b>7</b>	Des maux de têtes inhabituels		
<b>8</b>	Des troubles digestifs (nausée, vomissement, diarrhée) ?		
<b>9</b>	Une fatigue inhabituelle		
<b>10</b>	D'autres signes comme des moments de désorientation ou des chutes inexplicables		
<b>11</b>	Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID-19		
<b>12</b>	Avez-vous été en contact dans votre entourage proche avec qui présentait l'un des signes mentionné dans les questions 1 à 10 ?		