



QUESTIONNAIRE DE SANTE

Pensez-vous avoir ou avoir eu de la fièvre ces derniers jours (frissons, sueur) ?

OUI NON

Avez-vous des courbatures ?

OUI NON

Depuis ces derniers jours, avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ?

OUI NON

Ces derniers jours, avez-vous noté une forte diminution ou une perte de votre goût ou de votre odorat ?

OUI NON

Ces derniers jours, avez-vous eu mal à la gorge ?

OUI NON

Ces dernières 24h, avez-vous eu de la diarrhée (au moins 3 selles molles) ?

OUI NON

Ces derniers jours, ressentez-vous une fatigue inhabituelle ?

OUI NON

Dans les dernières 24h, avez-vous noté un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou faites un petit effort ?

OUI NON

Avez-vous été en contact avec une personne ayant présenté des signes évoquant une atteinte au coronavirus ou avec une personne ayant été infectée par le coronavirus ?

OUI NON

Avez-vous présenté des manifestations cutanées récentes inhabituelle ?

OUI NON

J'atteste sur l'honneur avoir répondu à ce questionnaire de façon sincère.

Nom : Prénom :

Email :

Mention manuscrite : « Lu et approuvé »

Date et signature



DOCTEUR
Denis ROGER

COVID 19



ACCES LIMITE AU CABINET



L'accès au cabinet n'est autorisé qu'au patient avec un **masque**,
disposant d'un rendez vous,
accompagné uniquement d'un aidant ou d'un parent pour un mineur

Pour obtenir un rendez vous vous devez nous contacter par :



05 55 34 56 95



www.dr-roger.fr

COVID-19 Il existe des gestes simples pour vous protéger et protéger votre entourage



Se laver les
mains très
régulièrement



Tousser ou
éternuer dans
son coude
ou dans un
mouchoir



Utiliser des
mouchoirs à
usage unique



Saluer sans
se serrer
la main,
éviter les
embrassades