



EVALUATION DES PATIENTS VIS-A-VIS DU COVID-19 : Questionnaire confidentiel à remettre à votre praticien traitant

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

PRATICIEN HABITUEL :

1. Risquez-vous de développer une forme grave de la maladie ?

| | |
|---|---|
| Age supérieur à 65 ans _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Hypertension artérielle avec complications (cardiaques, rénales, ou vasculo-cérébrales) _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Insuffisance cardiaque _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Diabète non équilibré ou présentant des complications ; _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Pathologie chronique respiratoire (asthme sévère, SAOS, BPCO, mucoviscidose) _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Insuffisance rénale chronique dialysée _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Immunodépression congénitale ou acquise : | |
| - médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| - par infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm ³ _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Cirrhose au stade B ou C du score de Child Pugh _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm-2 _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Syndrome drépanocytaire majeur _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Antécédent de splénectomie _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Grossesse au troisième trimestre _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Si oui à une question ci-dessus et non aux questions ci-dessous : Groupe B

2. Dans les 14 derniers jours, avez-vous côtoyé étroitement une personne diagnostiquée COVID-19 ?

- OUI
- NON

Si oui à une question ci-dessus et non aux questions ci-dessous : Groupe C

3. A ce jour et dans les 2 dernières semaines avez-vous présenté des signes évocateurs de la maladie ?

| | | | |
|---|---|--|---|
| Fièvre (> 38°C) Si oui, date de fin : | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Difficulté respiratoire Si oui, date de fin : | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Perte ou baisse de goût soudaine | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Toux sèche | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Perte ou baisse d'odorat soudaine | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Courbatures inexpliquées | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Fatigue soudaine inexpliquée | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Céphalées (hors migraines connues) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Diarrhées (chez patient > 80 ans et enfant < 3 ans) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Altération de l'état général | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Si oui, ou en cas de doute, a-t-il été testé pour le COVID-19 ? Si non, l'adresser à son médecin traitant pour évaluation

4. Avez-vous été diagnostiqué positif au COVID-19 ?

- OUI
- NON

Nombre de jours depuis le début des symptômes :

Nombre de jours depuis la fin de la fièvre :

Nombre de jours depuis la fin de la difficulté respiratoire :

Si oui à la question ci-dessus : Groupe D → Prendre en compte les critères de guérison

DATE :

SIGNATURE DU PATIENT :