



Anamnèse COVID-19

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° dossier : _____

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous l'impression d'être malade (état grippal) ou avez-vous de la fièvre (température >38°)? | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui |
| Avez-vous une toux d'apparition récente ? | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui |
| Avez-vous ou avez-vous eu récemment des problèmes respiratoires ou une aggravation récente de problèmes respiratoires connus ? | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui |
| Présentez-vous un ou plusieurs des symptômes annonciateurs suivant : | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui |
| - Perte d'odorat ou de goût | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui |
| - Rhume | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui |
| - Maux de gorge ou douleurs pharyngées | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui |
| - Maux de tête, douleurs musculaires ou articulaires depuis moins de 2 semaines | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui |
| - Nausées ou diarrhées au cours de ces derniers jours | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui |
| Une personne qui partage votre logement a-t-elle un ou plusieurs de ces symptômes ? | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui |
| Avez-vous été en contact dans les 15 derniers jours avec une personne Positive au SARS-Cov2 | Non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui |

Un seul élément positif de cette liste entraîne la non éligibilité du/de la patient-e pour des soins électifs (hors urgences) et le conseil d'aller faire un dépistage COVID-19.

Les urgences dentaires liées à des patient-es COVID-19 sont exclusivement prises en charge par la CORIM (HUG).

Date :

Signature :

NB : Cette anamnèse doit être intégrée au dossier du/de la patient-e