

QUESTIONNAIRE Evaluation risque COVID-19 à l'admission dans le service pour tout patient entrant.

Service :

Date : __ / __ / 202__

| QUESTIONS A POSER A L'ENTREE | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Avez-vous été en contact dans les 14 derniers jours avec une personne dépistée positive au Covid-19 ? | | |
| Avez-vous reçu dans les 14 derniers jours, une notification de swisscovid vous informant d'un contact étroit avec un cas confirmé de Covid-19 | | |
| Revenez-vous d'un territoire qui nécessite de se mettre en quarantaine : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home.html | | |
| Avez-vous eu dans les 14 derniers jours l'un des symptômes suivants : | | |
| Apparition d'une toux chronique | | |
| Apparition de maux de gorge | | |
| Difficulté respiratoire gênant les actes de la vie quotidienne | | |
| Troubles digestifs (diarrhées, nausées, vomissements, douleurs abdominales) | | |
| Perte de goût ou d'odorat | | |
| Maux de tête inhabituels d'apparition récente | | |
| Syndrome pseudo-grippal (courbatures, éternuements, ...) | | |
| Hyperthermie >38°C | | |

Visa soignant :

En cas d'une ou plusieurs réponse(s) positive(s), avertir le médecin responsable du patient.

Médecin averti : OUI Nom du médecin :

Date : __ / __ / 202__

NON

Mesures à prendre :

Document à conserver dans le dossier du patient.