

NOM :
Prénom :
Date de Naissance :

Adresse :
TEL :

e-Mail :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Avez vous eu le COVID 19 ? OUI - NON Si Oui quand ?

Test de Dépistage réalisé ? OUI - NON

HOSPITALISE ? OUI - NON

État grippal ? OUI - NON

Toux ? OUI - NON

Perte du goût et/ou Odorat OUI - NON

Quelqu'un de votre famille? Amis ? est COVID + ? OUI - NON

Hypertension ? OUI – NON Si Oui Traitement ?

AVC ? OUI – NON

Trouble / Insuffisance cardiaque ? OUI – NON

Maladie des Poumons ? OUI – NON

Diabète Type 1 – 2 ? Suivi ? OUI – NON

VIH ? Hépatite ? Autre maladie non citée ?

Maladie des Reins ? OUI - NON

Allergie commune ou aux antibiotiques ? OUI - NON

Enceinte ? OUI - NON Si Oui quel stade ?

Pensez à vous lavez les mains et porter votre masque

