

QUESTIONNAIRE COVID A REMPLIR LA VEILLE DE VOTRE EXAMEN IRM DES SOURCES

Merci de répondre à ce questionnaire la veille de l'examen et apporter le questionnaire le jour de l'examen

Avez-vous eu un test COVID POSITIF il y a moins de 15 jours ? OUI NON
si OUI à quelle date ?

Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID il y a moins de 15 jours ? si OUI à quelle date ? OUI NON

Avez-vous eu des symptômes de COVID il y a moins de 15 jours ?
Si oui à quelle date les symptômes ont-ils débuté ?..... OUI NON

Ces dernières 48 heures, avez-vous présenté de façon inhabituelle :

De la toux ? OUI NON

Des courbatures ? OUI NON

De la fièvre ? OUI NON

Des difficultés à respirer ? OUI NON

Une perte du goût ou de l'odorat ? OUI NON

Une diarrhée ? OUI NON

Une fatigue importante ? OUI NON

SI vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, APPELEZ IMPERATIVEMENT ET AU PLUS VITE NOTRE SECRETARIAT AU 04.78.66.20.66

Le radiologue évaluera s'il est préférable de reporter l'examen ou s'il peut être réalisé le jour même.

Un risque de contamination lors de la venue dans un service d'imagerie existe au même titre que toute sortie du domicile conduisant à un contact avec des personnes et des surfaces potentiellement contaminées.

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

Date du jour (au maximum 24 h avant l'examen) :/...../.....

Nom **prénom :**

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Nous rappeler en cas d'apparition des symptômes

ACC-FOR-06-V3