

QUESTIONNAIRE COVID AVANT UN EXAMEN D'IMAGERIE MEDICALE IRM DES SOURCES

**Afin d'adapter au mieux votre prise en charge, et pour mieux vous orienter,
merci de répondre à ce questionnaire la veille de votre examen**

Avez-vous eu des symptômes de COVID ces dernières semaines ? Si oui : OUI NON
A quelle date les symptômes ont-ils commencés ?

Avez-vous eu un test COVID positif ? OUI NON

Ces dernières 48 heures, avez-vous :

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

Ces dernières 48 heures, ressentez-vous une fatigue importante, inhabituelle ? OUI NON

Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du Covid OUI NON
Si oui, à quelle date ? _____

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus : appeler IMPERATIVEMENT ET AU PLUS VITE notre secrétariat IRM au 04.78.66.20.66. Le radiologue évaluera s'il est préférable de réaliser l'examen le jour même ou de le décaler.

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

Mention manuscrite : "lu et approuvé"

Date du jour :

M/Mme

SIGNATURE PATIENT :

**Nous rappeler en cas d'apparition des symptômes
Questionnaire à apporter le jour de l'examen merci**

ACC-FOR-06-V1