

Dr Thierry GASNIER - Pré-consultation

Informations personnelles

Nom *

Prénom

Nom de famille

Age *

Numéro de téléphone *

Merci de saisir un numéro de téléphone valide.

Adresse e-mail *

Souffrez-vous de problèmes cardiaques, pulmonaires, rénaux ou hépatiques ? *

Oui

Non

Si oui, précisez,

Présentez-vous un diabète non équilibré ? *

Oui

Non

Avez-vous une pathologie ou traitement qui baisse votre immunité ? *

Oui

Non

Si oui, précisez,

Avez-vous un autre problème de santé ? *

Oui

Non

Si oui, précisez,

Votre taille en cm *

Votre poids en kg *

Etes-vous enceinte au 3ème trimestre de grossesse ? *

Oui

Non

Non applicable

À ce jour et dans les 3 dernières semaines avez-vous eu un des symptômes suivants* *

Fièvre (> 38°C)

Perte de goût brutale

Perte d'odorat brutale

Maux de gorge

Diarrhées

Difficulté respiratoire

Toux sèche

Courbatures

Céphalées

Nausées, vomissements

Aucun

Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact étroitement avec :

Une personne présentant les signes ci-dessus ? *

Oui

Non

Une personne diagnostiquée COVID-19 ? *

Oui

Non

Avez-vous été diagnostiqué positif au COVID-19 ? *

Oui

Non

Nombre de jour depuis la fin de la fièvre *

Nombre de jour depuis la fin de la difficulté respiratoire *

Nombre de jour depuis le début des symptômes *

Date et signature *

Date

Signature