



Auto-questionnaire réalisé par le patient la veille ou le matin de l'admission en oncologie

Merci de compléter ce questionnaire la veille ou le matin de votre arrivée et de le présenter avant toute admission dans le service.

NOM : _____ Prénom : _____

Date de votre venue (à remplir par le patient) :/...../2020

	OUI	NON
Une personne vivant sous le même toit que vous a-t-elle eu l'infection COVID-19 dans les 14 jours précédant l'évaluation		
Récemment et/ou au cours des 14 derniers jours, avez-vous présenté de façon inhabituelle, un ou plusieurs de ces symptômes ?		
Toux nouvellement apparue ou modification d'une toux chronique		
Difficulté respiratoire ou modification de vos symptômes respiratoires habituels.		
Écoulements nasals		
Éternuements		
Courbatures		
Fièvre supérieure à 38°C		
Gênes ou écoulements oculaires		
Perte du goût ou de l'odorat		
Maux de têtes inhabituels d'apparition récente		
Diarrhées inhabituelles		
Maux de gorge inhabituels		

Si vous cochez au moins une réponse « oui » ou si vous avez été en contact avec une personne ayant présenté l'infection COVID-19, vous devez nous contacter par téléphone au 03 81 47 99 99.

Si vous n'avez pas pu nous contacter pour une raison quelconque, vous ne devez pas venir à votre rendez-vous et renouveler votre appel pour le reporter.

En cas d'urgence, contacter immédiatement le 15.