**Pôle de GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE et de BIOLOGIE de la REPRODUCTION**

**CENTRE UNIVERSITAIRE de TRAITEMENT de la STERILITE CONJUGALE**

Auto-questionnaire de dépistage de la symptomatologie liée au COVID- 19

Madame, Monsieur,

En remplissant ce questionnaire, **vous engagez votre responsabilité personnelle**. Une falsification des réponses peut avoir des conséquences graves pour votre santé et celle de l’équipe qui vous prend en charge. Il vous sera demandé de répondre à ce questionnaire à plusieurs reprises au cours de votre prise en charge.

**Merci de signaler à l’équipe dans les plus brefs délais tout changement de votre situation qui modifierait vos réponses à ce questionnaire.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |
| Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous : |  |  |
| * été malade ?
 |  |  |
| * eu une température > 38° C ? (merci de prendre votre température aujourd’hui)
 |  |  |
| * eu de la toux ?
 |  |  |
| * eu mal à la gorge ?
 |  |  |
| * perdu l’odorat ou le goût ?
 |  |  |
| * eu de la fatigue inhabituelle ?
	+ si oui, vous oblige-t-elle à vous reposer plus de la moitié de la journée
 |  |  |
|  |  |
| * eu le nez bouché ?
 |  |  |
| * ressenti des courbatures ?
 |  |  |
| * eu des engelures ?
 |  |  |
| * été en contact ou vécu avec une personne qui a l’un des symptômes cités ci-dessus ?
 |  |  |
| * été en contact ou vécu avec une personne diagnostiquée positive pour le Covid-19 ?
 |  |  |
| Dans les 24h, avez-vous noté :* de la diarrhée avec au moins 3 selles molles ?
* un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou faites un petit effort ?
 |  |  |
|  |  |
| Depuis 24h ou plus, estes- vous dans l’impossibilité de vous alimenter ou de boire  |  |  |
| Avez-vous été diagnostiqué positif au Covid-19 ? |  |  |
| Si vous avez contracté le Covid-19 et que vous êtes guéri, avez-vous un certificat médical qui l’atteste ? |  |  |
| Avez-vous un antécédent médical qui constitue un risque élevé de complication en cas de Covid-19 ? (cf. liste de l’Annexe 1) |  |  |

Nom et Prénom : Date de naissance :

A , le Signature :