



## Questionnaire Individuel COVID 19 Destiné à l'équipe mobile COVID

Code du document :  
[5-Formulaire d'Enregistrement] /  
[Qualité] / [QUA-FE-001960]

Date d'application : 12 juin 2020  
Version : V2.1-dépistage  
communautaire

Page 1 sur 2

### QUESTIONNAIRE COVID-19

#### IDENTITÉ de la Personne Prélevée

NOM DE NAISSANCE :

DATE DE RECUEIL : \_\_\_\_\_

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

SEXE :  MASCULIN  FEMININ

TELEPHONE :

EMAIL :

ADRESSE :

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

Le patient est un professionnel de santé\*

Oui

Non

Ne sait pas

#### AU COURS DES 14 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PRESENTE L'UN DES SIGNES SUIVANTS DE FAÇON INHABITUELLE ?

FIEVRE OU SENSATION DE FIEVRE OUI  NON

GENE OU DIFFICULTE A RESPIRER OUI  NON

TOUX OU CRACHATS OUI  NON

GORGE DOULOUREUSE OUI  NON

NEZ QUI COULE OUI  NON

PERTE DE GOUT OU DES ODEURS OUI  NON

DIARRHEE ET/OU VOMISSEMENT OUI  NON

COURBATURES OUI  NON

SI OUI, QUAND EST-CE QUE CELA A COMMENCE ?

SYMPTOMES APPARUS HIER OU AUJOURD'HUI

SYMPTOMES APPARUS 2, 3 OU 4 JOURS AVANT AUJOURD'HUI

SYMPTOMES APPARUS 5, 6 OU 7 JOURS AVANT AUJOURD'HUI

SYMPTOMES APPARUS ENTRE 8 ET 14 JOURS AVANT AUJOURD'HUI

SYMPTOMES APPARUS ENTRE 15 ET 28 JOURS AVANT AUJOURD'HUI

SYMPTOMES APPARUS PLUS DE 4 SEMAINES AVANT AUJOURD'HUI

NE SAIT PAS



**Questionnaire Individuel COVID 19  
Destiné à l'équipe mobile COVID**

Code du document :  
[5-Formulaire d'Enregistrement] /  
[Qualité] / [QUA-FE-001960]

Date d'application : 12 juin 2020  
Version : V2.1-dépistage  
communautaire

Page 2 sur 2

-----  
**AVEZ-VOUS EU L'UN DE CES SIGNES PENDANT PLUSIEURS JOURS AU COURS DES 4 DERNIERS MOIS ?**      **OUI  NON**

**AU COURS DES 2 DERNIERES SEMAINES, AVEZ-VOUS ETE EN CONTACT RAPPROCHE AVEC UNE PERSONNE PRESENTANT UNE INFECTION COVID-19 ?**      **OUI  NON**

**SI OUI : IL Y A MOINS DE 5 JOURS , PLUS DE 5 JOURS  ?**

**AVEZ-VOUS ETE APPELE PAR L'ASSURANCE MALADIE DANS LE CADRE D'UN CONTACT AVEC UNE PERSONNE PRESENTANT UNE INFECTION COVID-19 ?**      **OUI  NON**

**J'AI COMPRIS L'ENSEMBLE DES QUESTIONS QUI M'ETAIENT POSEES ?**      **OUI  NON**

**J'AI DES QUESTIONS OU DES INFORMATIONS PAR RAPPORT A CE QUESTIONNAIRE ?**      **OUI  NON**

**APRES AVOIR REPONDU AU QUESTIONNAIRE, JE SERAIS ORIENTE VERS UN MEDECIN**

Signature du patient

*« Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie du Covid-19, sont enregistrées dans le système d'information national dénommé SI-DEP, mis en œuvre par la Direction générale de la santé du ministère chargé de la santé. Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats des tests de dépistage Covid-19 en vue de leur réutilisation à des fins d'enquête sanitaire, de surveillance épidémiologique et de recherche via la plateforme des données de santé. Pour exercer vos droits (accès, rectification, limitation, voire opposition), nous vous invitons à contacter l'adresse postale 'Correspondant à la protection des données -Direction Générale de la Santé (DGS) -Ministère des solidarités et de la santé -14 avenue Duquesne -75350 PARIS 07 SP' ou l'adresse électronique [sidep-rgpd@sante.gouv.fr](mailto:sidep-rgpd@sante.gouv.fr). »*

*Document à intégrer dans le dossier du patient*