



**QUESTIONNAIRE PEDIATRIQUE STANDARDISE
COVID-19**

IM-1870-A
V08/07/20

Thématique(s) : Maîtrise du risque infectieux / Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé

Page 1 / 1



Votre enfant présente-t-il ou a-t-il présenté dans le mois qui précède, un ou plusieurs de ces symptômes de façon inhabituelle ?

Fièvre (température mesurée > 38°)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Toux sèche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Difficultés à respirer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhinite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Douleur dans les muscles (courbatures)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fatigue importante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diarrhées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nausées et/ou vomissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Anosmie (perte de l'odorat)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ageusie (perte du goût)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Signes cutanés (urticaire, gonflement, rougeur et douleurs au niveau des doigts ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il été en contact avec quelqu'un ayant présenté un des symptômes précédents, ou testé covid positif ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

NOM - Prénom	Signature

Questionnaire à utiliser :

- ❖ Lors de la (télé) consultation pré anesthésique
- ❖ Lors de la visite pré anesthésique
- ❖ Lors de l'appel à j-1, pour les patients programmés en UCA