



QUESTIONNAIRE STANDARDISÉ PÉDIATRIQUE COVID-19 (CORONAVIRUS) AVANT CONSULTATION ET LORS D'UNE HOSPITALISATION PROGRAMMÉE OU NON



Réf : ENR-SOINS-029
Version : 1
Date : 06/05/2020

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°C) Oui Non

Toux sèche Oui Non

Difficultés à respirer Oui Non

Maux de gorge Oui Non

Rhinite Oui Non

Douleur dans les muscles (courbatures) Oui Non

Fatigue importante Oui Non

Maux de tête Oui Non

Diarrhées Oui Non

Nausées et vomissements anosmie (perte de l'odorat) Oui Non

Agueusie (perte du goût) Oui Non

Signes cutanés (urticaire, gonflement, rougeur et douleurs au niveau des doigts...) Oui Non

Votre enfant a-t-il été en contact avec quelqu'un ayant présenté un des symptômes précédents, ou testé COVID positif Oui Non

Questionnaire à utiliser :

- Lors des (télé)consultations
- Lors de la visite préanesthésique
- Lors de l'appel à J-1, pour les patients programmés en chirurgie ambulatoire