

## Information patient

Cher patient,

En vue de votre prochain rendez-vous de consultation à la Clinique Saint-Antoine, nous vous remercions de:

- ***NE PAS VENIR si vous avez de la FIEVRE ou des symptômes liés au COVID-19 (Veuillez contacter votre médecin traitant)***
- ***Venir avec le QUESTIONNAIRE ci-joint rempli et signé***
- ***Venir muni d'un masque***
- ***Venir seul sauf en cas d'invalidité ou s'il s'agit d'une personne mineure***
- ***Arriver à l'heure de votre RDV ni en avance ni en retard***
- ***Apporter votre STYLO et votre carte bancaire (CB) pour le règlement***
- ***Venir avec un SAC afin d'y placer vos vêtements pendant l'examen***
- ***Se laver les MAINS ou les désinfecter avec de la solution hydroalcoolique***
- ***A l'accueil de la clinique, rester DERRIERE la ligne de démarcation***
- ***RESPECTER la distance de 1m 50 entre chaque personne y compris dans la salle d'attente***
- ***NE PAS vous APPUYER sur le comptoir***
- ***NE PAS TOUCHER les équipements.***

**Votre SANTE et celle de notre personnel est notre PRIORITE.**

**Pour notre SECURITE à tous, RESPECTONS ensemble**

**les RECOMMANDATIONS liées au COVID-19**

**QUESTIONNAIRE au VERSO à remplir, signer et nous remettre le jour de votre RDV.**

## Questionnaire d'aide à la prise en charge en période épidémique COVID-19

*Cher patient, pour notre sécurité à tous, respectons ensemble les recommandations liées au COVID-19*

*Pour continuer de vous accueillir dans les meilleures conditions, la clinique reprend ses activités mais renforce les mesures d'hygiène et de prévention.*

*Merci de votre compréhension.*

### 1-Respect des mesures de confinement et de déconfinement

- Avez-vous respecté les mesures de confinement et de déconfinement ?  
 Oui                       Non

### 2-Statut COVID-19

- Vous a-t-on diagnostiqué le COVID ?  
 Oui                       Non                      Si oui quand ?.....
- Est-ce qu'un membre de votre famille a eu le COVID ?  
 Oui                       Non
- Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID ces 15 derniers jours ?  
 Oui                       Non

### 3-Symptômes COVID-19

- Avez-vous eu de la fièvre ou des frissons ces 15 derniers jours ?  
 Oui                       Non
- Avez-vous eu des courbatures et/ou des douleurs musculaires ces 15 derniers jours ?  
 Oui                       Non
- Avez-vous eu une fatigue inhabituelle, anormale ces 15 derniers jours  
 Oui                       Non
- Avez-vous eu de la toux ou une augmentation de votre toux ces 15 derniers jours ?  
 Oui                       Non
- Avez-vous eu des difficultés à respirer (gêne, essoufflement inhabituel) ces 15 derniers jours ?  
 Oui                       Non
- Avez-vous eu d'autres signes ces 15 derniers jours ?  
 Oui                       Non                      Si oui, lesquels .....

➔ En cas de **réponse négative** à tous les items des paragraphes 2 et 3, votre rendez-vous est maintenu.

➔ En cas de **réponse positive** à l'un de ces items, votre rendez-vous est reporté. Merci de contacter votre médecin traitant et votre praticien de la clinique.

**Engagement** : Je confirme être exempt de tout symptôme (absence de fièvre, de signes respiratoires, de signes ORL ou de signes digestifs) **au cours des 15 derniers jours et jusqu'à aujourd'hui.**

Nom et Prénom : .....

Date : .../.../.....

Signature