

Questionnaire à remplir par le patient

Urologie La Conception

Dans les jours qui précèdent avez-vous présenté ?

- **De la fièvre**
- **Une fatigue inhabituelle**
- **De la toux**
- **Le nez qui coule**
- **Des essoufflements**
- **Des douleurs dans la poitrine**
- **Des courbatures**
- **Une perte de l'odorat**
- **Une perte du goût**
- **De la diarrhée**
- **Des saignements du nez**
- **Des maux de tête**

Si oui, date du début des symptômes

- **Aucun de ces symptômes**

Avez-vous été en contact avec une personne présentant ces symptômes ou atteint du COVID-19 **Oui** , date..... **Non**

NOM de naissance

NOM d'épouse

PRENOM

né(e) le

Date et signature