

**Identification du patient :**

Nom : Prénom :  
Né(e) le : Sexe : M - F  
Adresse :  
Code postal : Commune :  
N° Portable : Mail :  
Médecin traitant : Représentant légal, le cas échéant :

**Etat de santé du patient dans les 14 jours précédant le rendez-vous :**

Fièvre / Température :	OUI depuis le	/	NON
Céphalées / Maux de tête :	OUI depuis le	/	NON
Fatigue / Malaise :	OUI depuis le	/	NON
Toux :	OUI depuis le	/	NON
Perte de goût :	OUI depuis le	/	NON
Perte d'odorat :	OUI depuis le	/	NON
Diarrhées / Nausées :	OUI depuis le	/	NON

Le patient a-t-il été en contact étroit avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus ou un cas confirmé d'infection au COVID19? OUI / NON

Le patient présente-t-il une des pathologies à risque suivantes, susceptible de développer une forme grave de Covid19 : diabète ; insuffisances rénale, cardiaque ou pulmonaire ; hypertension artérielle ; asthme ; terrain immuno-déprimé ou traitement immunosuppresseur ; obésité morbide ; âge > 70 ans ou grossesse en cours : OUI / NON

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements et j'accepte la réalisation des soins.**

A : Le :

**Signature** (patient ou représentant légal) :