

Cabinet du Dr Vanelstraete Nathalie
Chirurgien-dentiste
Le Saint Jacques
14 rue Saint Jacques
83400 Hyères

ENQUÊTE CONCERNANT LE COVID 19

Nom : Prénom : Age :

Lors du confinement :

Avez-vous eu un des signes cliniques liés au COVID 19 ? Oui Non

Avez vous actuellement un des signes liés au COVID 19 ? Oui Non

(Cochez si nécessaire)

Fièvre

Asthénie / Fatigue

Toux

Céphalées / maux de tête

Myalgies / courbatures

Difficultés respiratoires

Diarrhée

Perte du goût et/ou odorat

Date de début des symptômes :/...../.....

Date de fin des symptômes :/...../.....

Avez-vous été mis(e) en quarantaine ? Oui Non

(Cochez si nécessaire)

7 jours

14 jours

21 jours

Avez-vous été en contact avec une personne positive au COVID 19 ?

Oui Non

Fait le

Signature