

**QUESTIONNAIRE OBLIGATOIRE COVID-19
AVANT LA CONSULTATION ANESTHESISTE**

A COMPLETER IMPERATIVEMENT LA VEILLE DE VOTRE RENDEZ-VOUS

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier d'une consultation anesthésiste en vue d'un examen endoscopique sous anesthésie générale au Centre d'Endoscopie du Nord Isère. Depuis le début de la pandémie, nous avons pris des mesures très strictes destinées à isoler les patients non contaminés des patients infectés ou fortement suspectés de l'être.

Une stratégie d'isolement et de séparation des patients infectés est mis en œuvre au sein de l'établissement. Toutes les précautions nécessaires sont prises pour éviter une contamination pendant votre hospitalisation en ambulatoire, en particulier par la mise en place de barrières strictes (port du masque obligatoire, gants, lunettes de protection), l'objectif étant de sécuriser au maximum votre parcours dans l'établissement.

Afin de détecter tout signe clinique avant votre entrée dans l'établissement, nous vous prions de bien remplir le tableau suivant, puis de dater et signer en bas.

MERCI DE COCHER UNIQUEMENT LA BONNE REPONSE

ACTUELLEMENT OU DURANT LES VINGT DERNIERS JOURS			
Avez-vous eu de la FIEVRE > 38°C ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous présenté une FATIGUE inhabituelle ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous une TOUX SECHE OU TOUX INHABITUELLE ET PERSISTANTE ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous une DIFFICULTE A RESPIRER pour un effort modeste ou à la parole ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu le NEZ QUI COULE (RHINORRHEE), un MAL DE GORGE ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti une PERTE DU GOUT ET/OU DE L'ODORAT ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des COURBATURES, DOULEURS MUSCULAIRES OU THORACIQUES ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des MAUX DE TETE, CONFUSION, DESORIENTATION ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous présenté une DIARRHEE ou des NAUSEES/VOMISSEMENTS ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une ERUPTION CUTANEE/ ENGELURES au doigt ou la main ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous été en contact étroit (face à face, moins de 1 mètre et/ou plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) avec une personne atteinte de Covid-19 de façon PROUVEE au cours des 15 derniers jours ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

En cas de réponse affirmative à une de ces questions, nous vous demandons de reprendre contact avec le praticien. En fonction de la situation votre intervention pourra être reportée, annulée ou réalisée selon de nouvelles modalités qui vous seront communiquées.

Malgré toutes ces précautions, il est possible qu'une infection latente sans symptôme se déclare pendant ou après votre hospitalisation ce qui justifie le respect des gestes barrières recommandés par les autorités sanitaires afin d'éviter toute nouvelle contamination. Si par la suite vous contractez une infection au Covid-19, il est important de nous en informer le plus rapidement et soyez certains que vous bénéficierez d'une prise en charge rapide, spécifique et approprié à votre situation.

Soyez assurez que tout sera fait au sein de l'établissement pour que votre prise en charge soit le moins possible affectée par la situation de crise sanitaire que nous traversons. Nous vous remercions pour votre compréhension.