Centre de FIV d' Athènes

5, rue Kifisias, 151 23, Maroussi E: info@ivfathenscenter.gr
T: (+30) 210 68 59 500 | 210 68 59 502 T/F: 210 68 59 503

QUESTIONNAIRE COVID

DATE .....

PRENOM & NOM .....

Veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Avez-vous été malade au cours des deux dernières semaines?

.....

2. Avez-vous de la fièvre (plusde 37,5° C)?

.....

3. Toussez-vous actuellement?

.....

4. Avez-vous mal à la gorge?

.....

5. Avez-vous perdu l'odorat ou le goût?

.....

6. Avez-vous été en contact avec quelqu'un qui présente des symptômes?

.....

7. Avez-vous voyagé dans une zone à haut risque de COVID-19, au niveau national ou international?

.....

8. Travaillez-vous dans un hôpital / une maison de repos ou un établissement de santé?

.....

Centre de FIV d' Athènes

5, rue Kifisias, 151 23, Maroussi E: info@ivfathenscenter.gr
T: (+30) 210 68 59 500 | 210 68 59 502 T/F: 210 68 59 503

QUESTIONNAIRE COVID

Veuillez répondre aux questions suivantes.

9. Avez-vous été en contact avec quelqu'un qui a la COVID-19;

10. Avez-vous reçu un diagnostic de COVID-19?

11. Vivez-vous à la maison avec quelqu'un qui a reçu un diagnostic de COVID-19 ou qui présente des symptômes de COVID-19 (fièvre, toux, perte d'odorat)?

12. Si vous êtes dépisté(e)s positif-(ve) au Covid-19 et vous êtes guéri(e)s, avez-vous délivré un certificat médical attestant de votre rétablissement?

13. Avez-vous une maladie grave comme le diabète, maladie respiratoire, maladie rénale chronique, etc.?