

Nom :

Prénom :

Date :

QUESTIONNAIRE AVANT UN EXAMEN DE RADIOLOGIE

Afin d'adapter au mieux votre prise en charge, et pour mieux vous orienter, merci de répondre à ce questionnaire.

Avez-vous eu un test COVID positif ? oui non

❖ Si oui à quelle date votre test a été positif ? _____

Ces dernière 48 heures, avez-vous :

- de la toux ? oui non
- des courbatures ? oui non
- de la fièvre (frisson, sueur) ? oui non
- des difficultés à respirer ? oui non
- une perte du goût ou de l'odorat ? oui non
- une diarrhée ? oui non

Ces dernières 48 heures, ressentez-vous une fatigue importante, inhabituelle :

oui non

Avez-vous dans votre entourage proche des cas de COVID? oui non

❖ Si oui à quelle date ? _____

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions sus-jacentes, merci de contacter au plus vite le service de Radiologie (TEL / MAIL). Le radiologue évaluera s'il est préférable de réaliser l'examen le jour même ou de le décaler

Qui est votre médecin ? _____

J'atteste sur l'honneur avoir répondu à ce questionnaire de façon sincère

Mention manuscrite : « Lu et approuvé »

Signature :