

Chère Patiente, Cher Patient,
Madame, Monsieur,

Vous êtes attendu(e) dans un service du Centre Hospitalier de Luxembourg.

Le Ministère de la Santé autorise la reprise de l'activité sous certaines conditions.

Afin de garantir une sécurité pour vous-même, les autres patients et le personnel, nous vous demandons de remplir le questionnaire que vous trouverez au dos : **la veille de votre passage au CHL.**

Si vous répondez par **OUI** à l'une ou l'autre question, alors nous vous remercions de contacter sans tarder le secrétariat concerné.

Ce présent questionnaire, complété par vos soins vous sera demandé dès votre accueil au Centre Hospitalier ainsi qu'à votre enregistrement au secrétariat.

Si vous n'arrivez pas à remplir celui-ci, n'hésitez pas à contacter le secrétariat qui pourra vous donner des précisions.

tournez la page →

NOM - PRENOM : _____

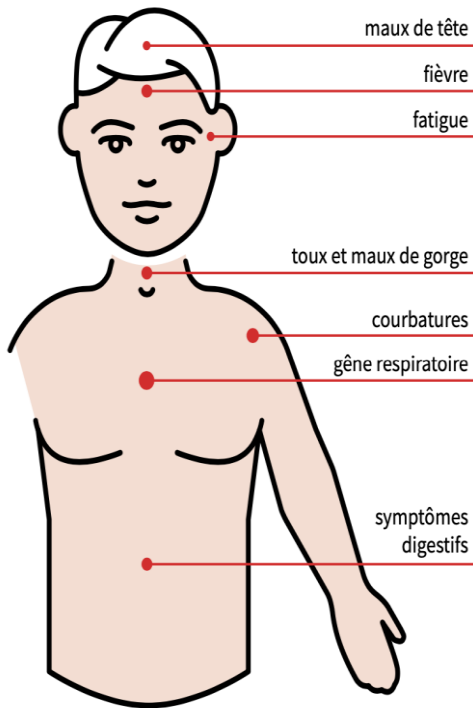
DATE DE NAISSANCE : _____

DATE DU PASSAGE : _____ SERVICE : _____

1. Température corporelle :

- Avez-vous de la température ? > 37,5 ° : NON OUI
- Avez-vous eu des frissons ces dernières 48h : NON OUI

2. Symptômes : Répondez OUI seulement si le symptôme est apparu tout récemment ou s'il s'est aggravé soudainement



Avez-vous :

- des courbatures de type grippe ? NON OUI
- des maux de tête ? NON OUI
- de la toux ou mal à la gorge ?
majoration ou changement dans les 10 derniers jours NON OUI
- des troubles digestifs ?
type diarrhée dans les 10 derniers jours NON OUI
- une gêne respiratoire ?
changée par rapport à d'habitude dans les 10 derniers jours NON OUI
- des troubles de l'odorat ? NON OUI
- des troubles du goût ? NON OUI

3. Vie quotidienne :

- Parmi vous vit une personne testée Covid Positif ?
dans les 3 dernières semaines NON OUI

SIGNATURE :