

Afin d'adapter au mieux votre prise en charge lors de votre examen de Scanner ou d'IRM, merci de répondre à ce questionnaire :

Nom : Prénom : Né(e) le : / /

Avez-vous passé un test COVID positif ? ...OUI · NON ·

Si oui à quelle date votre test a été positif ?.....

Ces dernières 48 heures avez-vous eu les symptômes suivants :

- De la toux ?.....OUI · NON ·
- Des courbaturesOUI · NON ·
- De la fièvre (frissons, sueur)OUI · NON ·
- Des difficultés à respirer ?.....OUI · NON ·
- Une perte de goût ou de l'odorat ?.....OUI · NON ·
- Une diarrhéeOUI · 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 ?.....

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

Fait à GRASSE, le / /

Mention manuscrite : « Lu et Approuvé »

Signature :

Mise à jour le 06/05/20

GIE « GRASCANNER » - Centre Hospitalier de Grasse, Chemin de Clavary - 06130 GRASSE

☎ 04 93 09 00 26

✉ direction@grascanner.fr

☎ 04 93 09 55 51