

CONSIGNES AVANT VOTRE INTERVENTION

Madame, Monsieur,

Vous avez rendez-vous à la clinique CENDANEG pour un examen sans anesthésie avec le Dr Fouillet.

CENDANEG est un établissement SANS COVID19.

Pour votre sécurité et celle des autres patients, il est important de ne pas introduire le virus dans l'établissement.

Aussi, nous vous demandons de **vérifier votre état de santé**, au travers du questionnaire figurant au dos (à rapporter à la clinique, pour votre suivi) :

- avant la préparation,
- le jour de l'examen, avant de venir :

- ➔ En cas de réponse positive à l'une des questions posées, ne faites pas votre préparation et **ne venez pas à la clinique**.
- ➔ Avertissez le secrétariat de votre situation (04.50.42.80.25) et prenez contact avec votre médecin traitant.

Si tout va bien, prenez les médicaments qui vous ont été prescrits et appliquez les consignes d'hygiène pré-opératoires (douche /shampoing /pas de maquillage /pas de bijou / vêtements propres). En plus de votre dossier médical, merci de **rapporter ce questionnaire** et venir avec **un MASQUE, un STYLO, une copie de votre CARTE D'IDENTITE** et le cas échéant, le n° de tel portable de votre accompagnant qui doit rester sur le parking (sauf pour les mineurs et en cas de difficultés majeures : personne sous tutelle, handicap).

A votre arrivée, le service admission vous posera de nouveau les mêmes questions, prendra votre température et votre saturation.

Si tout est OK vous serez pris en charge dans l'établissement.

Sinon, l'intervention sera reportée et vous devrez rentrer chez vous.

La vigilance de tous est indispensable et nous mettons tout en œuvre pour assurer votre prise en charge dans les conditions optimales

Nous vous remercions de votre compréhension

QUESTIONNAIRE COVID

Mr /Mme :

Date de naissance :

Date intervention programmée :

Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants, de façon inhabituelle	Avant la préparation	Le jour de l'intervention (avant de venir)	A l'admission (questionnaire par le personnel de la clinique)
Date :			
Fièvre (mesurée $\geq 38^{\circ}\text{C}$)	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Toux sèche	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Dyspnée (ou fréquence respiratoire ≥ 20)	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Perte de l'odorat	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Perte du goût	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Douleur lors de la déglutition	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Ecoulement par le nez	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Douleur thoracique	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Douleurs musculaires	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Fatigue importante et inhabituelle	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Confusion	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Maux de tête	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Diarrhées inhabituelles	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Nausées / vomissements inhabituels	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Eruption cutanée ou engelures / crevasses aux doigts ou à la main	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'un mètre et/ou sans masque) avec une personne atteinte de COVID, au cours des 15 derniers jours ?	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
		Température à l'admission	
		Saturation à l'admission	