

## QUESTIONNAIRE COVID A REMPLIR LA VEILLE DE VOTRE EXAMEN IRM DES SOURCES

**Merci de répondre à ce questionnaire la veille de l'examen et apporter le questionnaire le jour de l'examen**

Avez-vous eu un test **COVID POSITIF IL Y A MOINS DE 15 JOURS** ?  OUI  NON  
si OUI à quelle date ? .....

Si vous avez déjà eu le COVID, indiquez date ? .....

Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID  
**il y a moins de 15 jours** ? si OUI à quelle date ? .....  OUI  NON

Avez-vous eu **des symptômes de COVID** il y a moins de 15 jours ?  
Si oui à quelle date les symptômes ont-ils débuté ?.....  OUI  NON

Ces dernières 48 heures, avez-vous présenté de façon inhabituelle :

De la toux ?  OUI  NON

Des courbatures ?  OUI  NON

De la fièvre ?  OUI  NON

Des difficultés à respirer ?  OUI  NON

Une perte du goût ou de l'odorat ?  OUI  NON

Une diarrhée ?  OUI  NON

Une fatigue importante ?  OUI  NON

**SI vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, APPELEZ IMPERATIVEMENT ET AU PLUS VITE NOTRE SECRETARIAT AU 04.78.66.20.66**

Le radiologue évaluera s'il est préférable de reporter l'examen ou s'il peut être réalisé le jour même. *Un risque de contamination lors de la venue dans un service d'imagerie existe au même titre que toute sortie du domicile conduisant à un contact avec des personnes et des surfaces potentiellement contaminées.*

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

Date du jour (au maximum 24 h avant l'examen) : ...../...../.....

Nom ..... prénom : .....

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

**Nous rappeler en cas d'apparition des symptômes**

ACC-FOR-06-V4