

QUESTIONNAIRE PATIENT

Toussez-vous ?	<input type="checkbox"/> Oui, Si Oui : depuis quand ?.....	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous de la fièvre, ou sensation de chaud-froid ?	<input type="checkbox"/> Oui, Si Oui : depuis quand ?.....	<input type="checkbox"/> Non
Ressentez-vous des courbatures, douleurs musculaires ?	<input type="checkbox"/> Oui, Si Oui : depuis quand ?.....	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous perdu le goût et/ou l'odorat ?	<input type="checkbox"/> Oui, Si Oui : depuis quand ?.....	<input type="checkbox"/> Non
Ressentez-vous une gêne respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui, Si Oui : depuis quand ?.....	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été en contact avec une personne COVID ?	<input type="checkbox"/> Oui, Si Oui : depuis quand ?.....	<input type="checkbox"/> Non

RDV SPERMES 7h30, 8h30 et 9h30 du lundi au vendredi.

RDV COUPLES à 14h, 16h et 18h

TOUS LES PATIENTS ET COUPLES SE PRESENTENT PORTE 5 AU RDC