

Questionnaire standardisé COVID-19 pédiatrique



Votre enfant présente-il ou a-t-il présenté dans le mois qui précède, un ou plusieurs de ces symptômes de façon inhabituelle

- | | | |
|---|-----|-----|
| • Fièvre (température mesurée >38°) | oui | non |
| • Toux sèche | oui | non |
| • Difficultés à respirer | oui | non |
| • Maux de gorge | oui | non |
| • Rhinite | oui | non |
| • Douleur dans les muscles (courbatures) | oui | non |
| • Fatigue importante | oui | non |
| • Maux de tête | oui | non |
| • Diarrhées | oui | non |
| • Nausées et/ou Vomissements | oui | non |
| • Anosmie (perte de l'odorat) | oui | non |
| • Agueusie (perte du goût) | oui | non |
| • Signes cutanés
(urticaire, gonflement, rougeur et douleurs au niveau des doigts ...) | oui | non |

Votre enfant a-t-il été en contact avec quelqu'un ayant présenté un des symptômes précédents, ou testé covid positif

oui non

Questionnaire à utiliser

- Lors de la (télé)consultation préanesthésique
- Lors de la visite préanesthésique
- Lors de l'appel à J-1, pour les patients programmés en UCA