

## 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 gout)  | oui | non |
| • Signes cutanés<br>(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