

NOM Mme :

Nom Naissance :

Prénom Mme :

Date de naissance Mme : / /

Date :												
Etape AMP (DC, stim, Décl, IIU/Te) :												
Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous ?	Oui	Non										
été diagnostiqué.e positif au Covid-19 ?												
eu une température > 38° C ? (merci de la prendre aujourd'hui)												
ressenti une fatigue anormale ?												
ressenti des courbatures ?												
eu une toux ou des difficultés pour respirer ?												
eu mal à la gorge ?												
des maux de tête ?												
eu de la diarrhée ?												
eu une perte de goût ou de l'odorat ?												
eu le nez bouché ?												
eu des engelures ?												
été en contact ou vécu avec une personne qui a l'un des symptômes cités ci-dessus ?												
été en contact étroit avec une personne diagnostiquée positive pour le Covid-19 ?												

En remplissant ce questionnaire, j'engage ma responsabilité personnelle. Une falsification des réponses peut avoir des conséquences graves pour ma santé et celle des professionnels. Les activités d'AMP peuvent être stoppées si les membres du personnel soignant sont malades ou s'ils ont été en contact avec des personnes infectées.

**Merci de signaler** à l'équipe dans les plus brefs délais **tout changement de votre situation** qui modifierait vos réponses à ce questionnaire.

**Je m'engage à signaler à mon gynécologue tout symptôme cité ci-dessus après ma tentative et en particulier en cas de grossesse.**

Tentative le :

Signature :

NOM Mr :

Prénom:

Date de naissance Mr : / /

e-mail :

Date :												
Etape AMP (DC, stim, Décl, IIU/Te) :												
Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous ?	Oui	Non										
été diagnostiqué.e positif au Covid-19 ?												
eu une température > 38° C ? (merci de la prendre aujourd'hui)												
ressenti une fatigue anormale ?												
ressenti des courbatures ?												
eu une toux ou des difficultés pour respirer ?												
eu mal à la gorge ?												
des maux de tête ?												
eu de la diarrhée ?												
eu une perte de goût ou de l'odorat ?												
eu le nez bouché ?												
eu des engelures ?												
été en contact ou vécu avec une personne qui a l'un des symptômes cités ci-dessus ?												
été en contact étroit avec une personne diagnostiquée positive pour le Covid-19 ?												

En remplissant ce questionnaire, j'engage ma responsabilité personnelle. Une falsification des réponses peut avoir des conséquences graves pour ma santé et celle des professionnels. Les activités d'AMP peuvent être stoppées si les membres du personnel soignant sont malades ou s'ils ont été en contact avec des personnes infectées.

**Merci de signaler** à l'équipe dans les plus brefs délais **tout changement de votre situation** qui modifierait vos réponses à ce questionnaire.

**Je m'engage à signaler à mon gynécologue tout symptôme cité ci-dessus après ma tentative et en particulier en cas de grossesse.**

Tentative le :

Signature :

Tel le :

Visa :

RDV le :

à :