

QUESTIONNAIRE DES SYMPTÔMES MÉDICAUX

Patient

Votre enfant a eu dans les derniers 48 heures :

- Température élevée / **fièvre** non oui
- **Toux** aiguë ou y a-t-il des changements dans une toux chronique déjà connue ? non oui
- Nouvelle apparition des difficultés respiratoires ou la présence des changements relatif à une détresse respiratoire ? non oui
- Douleur à la gorge nouvellement apparue ? Non oui
- **Maux de tête aigus ou des courbatures** ou alors vous observez des changements concernant des maux de tête aigus ou des courbatures ? non oui
- **Apparition nouvelle de la diarrhée** ou la présence d'un changement relatif à une diarrhée chronique ? Non oui
- Nouveaux troubles de l'**odorat ou du goût** ? Non oui
- D'autres **signes aigus d'une infection grippale** ? non oui

Nom de l'accompagnateur :

Adresse telle que patient

Adresse:

Avez-vous eu dans les derniers 48 heures :

- Température élevée / **fièvre** non oui
- **Toux** aiguë ou y a-t-il des changements dans une toux chronique déjà connue ? non oui
- Nouvelle apparition des difficultés respiratoires ou la présence des changements relatif à une détresse respiratoire ? non oui
- Douleur à la gorge nouvellement apparue ? non oui
- **Maux de tête aigus ou des courbatures** ou alors vous observez des changements concernant des maux de tête aigus ou des courbatures ? non oui
- **Apparition nouvelle de la diarrhée** ou la présence d'un changement relatif à une diarrhée chronique ? non oui
- Nouveaux troubles de l'**odorat ou du goût** ? Non oui
- D'autres **signes aigus d'une infection grippale** ? non oui

Date, signature

HZ Docteur/Thérapeute/ÄAP