

### Questionnaire Covid 19

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Nom, Prénom, mail et tél patient  |  |  |  |  |  |
| date de naissance   |  |  |  |  |  |
| différentes pathologies chroniques  |  |  |  |  |  |
| traitement préventif éventuel   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
| date prise en charge maladie  |  |  |  |  |  |
| symptomes   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
| traitements homéopathiques  |  |  |  |  |  |
| résultats   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
| traitements non homéo<br>(acupuncture, HE, allopathie,,,) )   |  |  |  |  |  |
| résultats   |  |  |  |  |  |
| hospitalisation éventuelle  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
| date guérison et séquelles éventuelles  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
| nom, mail et tél du référent  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
| origine de la contagion si connue   |  |  |  |  |  |
| transmission à des proches ?  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
| n'hésitez pas à rajouter des détails que vous jugerez oportum   |  |  |  |  |  |
| merci de joindre les ordonances, les résultats d'analyses et une photocopie de votre carte d'identité |  |  |  |  |  |