

Nom / prénom Madame :

Nom / prénom Monsieur :

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire a pour objectif de vous protéger et de protéger les personnels soignants au cours de la période d'épidémie de Covid-19. Il vous sera demandé d'y répondre, individuellement, à plusieurs reprises au cours de votre prise en charge pour AMP.

En répondant à ce questionnaire, par écrit ou par oral, **vous engagez votre responsabilité personnelle**. Une falsification des réponses peut avoir des conséquences graves pour votre santé et celle des professionnels de santé. 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 rapporter cette fiche à chacun de vos rendez-vous.**

	Madame		Monsieur	
	OUI	NON	OUI	NON
<b>Au cours des 2 semaines précédents le premier jour des règles de madame, avez-vous :</b>				
été diagnostiqué (e) positif au Covid-19 ?				
eu une température > 38°C ? (merci de prendre votre température)				
ressenti des courbatures ?				
eu une toux ou des difficultés pour respirer ?				
eu mal à la gorge ?				
eu des maux de têtes ?				
eu de la diarrhée ?				
eu une perte de goût ou de l'odorat ?				
eu le nez bouché ?				
eu des engelures ?				
été en contact avec une personne qui a l'un des symptômes cités ci-dessus ?				
été en contact avec une personne diagnostiquée positive pour le Covid-19 ?				

Avez-vous des manifestations différentes de celles données lors du premier questionnaire ?	Madame		Monsieur	
	OUI	NON	OUI	NON
Date échographie :				
Date échographie :				
Date échographie :				
Date échographie :				
Date ponction/recueil sperme :				
Date transfert ou insémination:				

Signature Madame

Signature Monsieur

Date / Signature praticien ou IDE

**Une falsification des réponses** peut avoir des **conséquences graves** pour votre 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.**