

QUESTIONNAIRE COVID-19

Le Docteur Pascale MINIOU s'intéresse aux descriptions de situations remontant à quelques semaines voire quelques mois pouvant faire évoquer une forme de Covid-19.

Fièvre + toux + gêne respiratoire ont été les 3 piliers évoquant un Covid-19. Ils avaient initialement été mis en évidence chez des patients admis aux urgences (hospitalisés ensuite ou pas) et considérés alors comme les seuls signes évocateurs de Covid-19. L'indication d'un test de dépistage était rejetée s'ils n'étaient pas présents. D'autres signes, constatés par des médecins dits « de ville » ont depuis été considérés comme pouvant orienter vers le diagnostic de Covid-19.

Si depuis le mois de novembre 2019 vous (ou votre/vos enfants) avez présenté

un ou plusieurs des symptômes mentionnés ci-dessous

vous pouvez, si vous le souhaitez, renseigner le questionnaire

(un formulaire par personne) et en faire retour au Dr Pascale MINIOU

par mail : docteur.pascale.miniou@orange.fr

par courrier: Dr Pascale MINIOU 16 rue des cygnes, 29150 PORT LAUNAY

Département:

Date de naissance ou âge:

Sexe: féminin / masculin

Nom et Prénoms (facultatif):

Adresse (facultatif):

Courriel (facultatif):

Date d'apparition des 1ers symptômes: / /

=> brutale - progressive

SYMPTOMES

Entourer ou sur-ligner les symptômes vous concernant

(vous pouvez faire des commentaires en regard ou en bas de page si vous avez des précisions à apporter)

- fièvre (> 37,5°C le matin et > 38°C le soir)
- toux
- gêne respiratoire, essoufflement

- accès de sueurs

- douleurs musculaires, courbatures
- frissons
- mal de tête

- mal de gorge et/ou difficultés à avaler, sensation de sécheresse, ...
- langue rouge
- sensation de nez bouché
- nez qui coule
- perte de l'odorat (totale ou partielle) et/ou perte du goût (totale ou partielle)
- voix enrouée, extinction de voix
- éternuements
- yeux rouge (préciser avec ou sans écoulement/sécrétions)

- douleur au ventre
- nausées, vomissements
- perte d'appétit
- diarrhée

- douleur à l'intérieur du thorax
- ressenti de palpitations
- impression que le coeur bat vite et/ou de manière irrégulière

- malaise
- état confusionnel
- impression de troubles de l'équilibre, tendance à trébucher
- indifférence aux symptômes (en particulier par rapport à la gêne respiratoire)

- rougeur du visage
- peau violacée +/- « marbrée »
- autres signes au niveau de la peau, des articulations, ... (préciser)

- phlébite et/ou gonflement-inflammation des mollets

- anxiété
- troubles du sommeil
- fatigue inexplicée, fatigabilité inhabituelle à l'effort

Si oui, merci de marquer d'un trait l'intensité de la fatigue ressentie sur l'échelle ci-contre



- ganglions (préciser la localisation)
- autre(s) symptôme(s) notable (préciser le(s)quel(s)) et/ou aggravation d'une pathologie antérieure (préciser laquelle):

Avez-vous pris un traitement, des vitamines, des compléments nutritionnels, etc. ? Si oui, préciser

.....

.....

.....

.....

Qu'est-ce que vous avez trouvé le plus pénible ?

.....

.....

Avez-vous (ou avez-vous) eu l'impression que des symptômes se « réactivent" parfois ? Si oui, préciser lesquels, tous les combien de temps, etc.

.....

.....

.....

Est-ce que des membres de votre entourage ont présentés des symptômes figurant sur la liste ? *(que se soient les mêmes que les vôtres ou pas)* - Si oui, merci de leur proposer de renseigner ce questionnaire.

- membres de la famille vivant sous le même toit: OUI / NON
- amis fréquentés dans le mois précédent: OUI / NON
- collègues de travail: OUI / NON
- patients / clients: OUI / NON
- autres: OUI / NON (préciser)

Est-ce que vous avez bénéficié

- **d'un test de dépistage par prélèvement naso-pharyngé RT-PCR? OUI / NON**

Date et résultat:

- **d'une sérologie Covid-19 ? OUI / NON** (possible depuis le 04 mai 2020, non remboursé, avec ou sans ordonnance, par prélèvement sanguin dans un laboratoire de ville)

Date et résultat:

Si vous avez eu d'autres analyses (prise de sang, mesure du taux d'oxygène, de la pression artériel, du rythme respiratoire) ou examens complémentaires (radio, scanner, ...) pendant la période des symptômes, merci de préciser lesquels et leurs résultats

Si vous le souhaitez, vous pouvez transmettre les compte-rendus au Dr MINIOU en pièces-jointes au questionnaire

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Est-ce que vous vous sentez guéri(e) ?

Si oui, préciser depuis quand:

Si non, préciser pourquoi :

Commentaires:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date: / /