

Questionnaire sur les antécédents médicaux responsables de complications sévères chez les personnes atteintes par le Covid-19

Madame,

En remplissant ce questionnaire, vous engagez votre responsabilité personnelle. Une falsification des réponses peut avoir des conséquences graves pour votre santé.

Merci de signaler dans les plus brefs délais à l'équipe qui vous prend en charge tout changement de votre état de santé.

Avez-vous une des maladies ou antécédents ci-dessous, ou êtes-vous dans l'une de ces situations ?

	Oui	Non
Obésité avec IMC > 30kg/m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle compliquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coronaropathie (infarctus du myocarde, angine de poitrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent de chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque stades NYHA III ou IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète insulinodépendant non équilibré ou présentant des complications secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale (dont asthme sévère...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale chronique dialysée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer sous traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunosuppression : <ul style="list-style-type: none"> - Vous prenez l'un des traitements suivants : chimiothérapie anti-cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive, - Infection à VIH non contrôlée ou avec CD4 <200/mm³ - Suite à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques - Liée à une hémopathie maligne en cours de traitement. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrhose au stade B de la classification de Child-Pugh au moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cours de perte de poids rapide après une chirurgie bariatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent personnel thromboembolique (phlébite, embolie pulmonaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombophilie asymptomatique à haut risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome des antiphospholipides symptomatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom / prénom / Date de naissance : Votre nom_Votre prénom_Votre date de naissance

Date : Date du jour

Questionnaire d'orientation et de répartition des patients pris en charge pour une AMP

Madame,

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

En répondant à ce questionnaire vous engagez votre responsabilité personnelle.

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 dans les plus brefs délais à l'équipe qui vous prend en charge tout changement de votre situation qui modifierait vos réponses à ce questionnaire.

Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous :

	Oui	Non
Été diagnostiqué(e) positif(ve) au covid-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu une température > 38°C (merci de prendre régulièrement votre température) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressenti une fatigue anormale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressenti des courbatures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu une toux ou des difficultés pour respirer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu mal à la gorge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des maux de tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu de la diarrhée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu une perte de goût ou des odeurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu le nez bouché ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu des engelures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été en contact étroit* avec une personne qui a l'un des symptômes cités ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été en contact étroit* avec une personne diagnostiquée positive pour le covid-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Un contact étroit est une personne qui, à partir de 24h précédant l'apparition des symptômes d'un cas confirmé, a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille) ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas ou pendant plus de 15 minutes, lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou bureau ; voisins dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.

Nom / prénom / Date de naissance : Votre nom_Votre prénom_Votre date de naissance

Date :Date du jour

Questionnaire d'orientation et de répartition des patients pris en charge pour une AMP

Monsieur,

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

En répondant à ce questionnaire vous engagez votre responsabilité personnelle.

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 dans les plus brefs délais à l'équipe qui vous prend en charge tout changement de votre situation qui modifierait vos réponses à ce questionnaire.

Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous :

	Oui	Non
Été diagnostiqué(e) positif(ve) au covid-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu une température > 38°C (merci de prendre régulièrement votre température) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressenti une fatigue anormale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressenti des courbatures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu une toux ou des difficultés pour respirer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu mal à la gorge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des maux de tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu de la diarrhée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu une perte de goût ou des odeurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu le nez bouché ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu des engelures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été en contact étroit* avec une personne qui a l'un des symptômes cités ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été en contact étroit* avec une personne diagnostiquée positive pour le covid-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Un contact étroit est une personne qui, à partir de 24h précédant l'apparition des symptômes d'un cas confirmé, a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille) ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas ou pendant plus de 15 minutes, lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou bureau ; voisins dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.

Nom / prénom / Date de naissance : Votre nom_Votre prénom_Votre date de naissance

Date :Date du jour

Formulaire de consentement à la réalisation d'une assistance médicale à la procréation dans le contexte de circulation du virus du Covid-19

✓ **Madame**

Nom de naissance :

Votre.nom.de.naissance

Nom d'usage (ex. nom d'épouse) :

Votre.nom.d'usage

Prénoms :

Vos.prénoms

Date et lieu de naissance : Date.de.naissance_Lieu.de.naissance

✓ **Monsieur**

Nom :

Votre.nom

Prénoms :

Vos.prénoms

Date et lieu de naissance : Date.de.naissance_Lieu.de.naissance

Attestons

- Avoir été informés sur les modalités de prise en charge en AMP en période de circulation du Covid-19
- Avoir posé toutes les questions et reçu les réponses adaptées
- Que le centre d'AMP nous a remis le document d'information « questions fréquentes - AMP et Covid » de l'Agence de la biomédecine
- Avoir été informé.e.s que des informations plus complètes à destination des patients sont disponibles sur le site internet www.procreation-medicale.fr
- Accepter de recourir à une AMP en période d'épidémie de Covid-19 et que nous respecterons les obligations nous incombant

Fait à : Lieu **Le** Date