

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. **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. **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.**

Avez-vous été testé(e) positif(ve) à la PCR COVID ?  NON  OUI Si positif(ve) date du dernier test.....  
 Vous êtes-vous fait(e) vacciné(e) contre la COVID19 ?  NON  OUI Si OUI, date de la dernière injection .....

NOM .....	Au cours des 3 mois précédant la stimulation	1er jour de stimulation	1 <sup>ère</sup> écho	2 <sup>ème</sup> écho	3 <sup>ème</sup> écho	Jour du déclenchement	Le jour ponction/ recueil de sperme	Le jour du transfert	15 jours après transfert ou insémination	15 jours après un test de grossesse +
PRENOM .....										
DATE DE NAISSANCE .....										
DATE de la réponse										
Au cours des 4 dernières semaines avez-vous (répondez par OUI ou par NON)										
- Été diagnostiqué(e) positif Covid 19 ?										
- Été en contact <sup>1</sup> avec une personne diagnostiquée positive pour le COVID-19 ?										
- Eu une température supérieure à 38 °C ?										
- Ressenti des courbatures ?										
- Eu une toux ou des difficultés pour respirer ?										
- Eu mal à la gorge ?										
- Eu des maux de tête ?										
- Eu de la diarrhée ?										
- Eu une perte de goût ou des odeurs ?										
- Eu le nez bouché ?										
- Eu des engelures ?										
- Été en contact <sup>1</sup> avec une personne qui a l'un des symptômes cités ?										
SIGNATURE à chaque étape										

<sup>1</sup> **Contact à risque** : toute personne ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ; ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades) ; ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ; ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel ...) pendant au moins 15 minutes avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ; étant élève ou enseignant de la même classe scolaire (maternelle, primaire, secondaire, groupe de travaux dirigés à l'université).  
 en l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact : hygiaphone ou autre séparation physique (vitre) ; masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas ou le contact ; masque grand public fabriqué selon la norme AFNOR ou équivalent porté par le cas et le contact