



A remplir impérativement AVANT de vous rendre au Service de Santé au Travail.

A réception du document complété, l'ordonnance pour la sérologie SARS-Cov-2 vous sera délivrée.

NOM : _____

Date de naissance : _____

PRENOM : _____

Date du jour : _____

☒ _____ Partie détachable _____

QUESTIONNAIRE POUR L'ETUDE DE L'EXPOSITION DES PROFESSIONNELS HCC AU RISQUE COVID-19

Age : _____

Sexe : Féminin Masculin

Grade / Fonction : _____

Service habituel de travail : _____

De mars à mai 2020		Précisez quels services	Précisez les périodes
Redéploiement	Secteurs Covid		
Autres services			

- ❖ Contact avec un malade Covid-19 en dehors des HCC : oui non
- ❖ Symptômes Covid-19 : non si oui date : _____ et précisez :
- Fièvre (>38°) perte de goût perte d'odorat fatigue
- Toux essoufflement signes digestifs courbatures

Autres symptômes (à préciser) : _____

- ❖ Frottis naso-pharyngé (RT-PCR) fait ? Si oui, date _____ résultat : positif / négatif

Rappel HORAIRES : Service de Santé au Travail (bât 24 – 2^{ème}) 8h45 – 11h30 / 13h – 16h30
Laboratoire (bât 16A) 7h – 11h30 / 13h30 – 16h30

Partie SST

Sérologie SARS-CoV-2 : date _____ résultat positif / négatif

N° Anonymat SST