



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