

Questionnaire avant traitement – Médecine de la fertilité

Chère Madame, cher Monsieur,

Vous trouvez ci-joint un questionnaire de santé qui nous permet d'établir votre risque d'être atteint du COVID-19 afin d'optimiser votre prise en charge et de diminuer le risque de propagation du virus.

Nous vous prions de bien vouloir **compléter le formulaire, le signer et le renvoyer à umr.inf@chuv.ch** le jour avant votre consultation.

En cas de réponse positive à 1 ou plusieurs questions:

- Merci de prendre contact avec notre unité au 021 314 32 53 avant de vous rendre à votre consultation.
- L'infirmière et/ou le médecin évalueront avec vous votre situation. Un frottis nasopharyngé à la recherche du SARS-CoV-2 vous sera éventuellement prescrit avant le début du traitement ou il vous sera conseillé de repousser ce dernier.
- En cas de frottis nasopharyngé à la recherche du SARS-CoV-2 positif ou en cas d'apparition de symptômes de COVID-19 pendant le traitement, ce dernier peut être interrompu à tout moment.

En cas de positivité d'un frottis nasopharyngé à la recherche du SARS-CoV-2 avant un prélèvement ovocytaire dans le cadre d'une FIV-ICSI, le prélèvement ovocytaire peut être annulé.

En signant ce questionnaire, vous attestez comprendre que les données concernant les risques d'infection COVID-19 sur la grossesse (mère et fœtus) sont limitées et que nous ne pouvons être tenus responsables des conséquences potentielles d'une infection COVID-19 durant la grossesse.

MADAME	Oui	Non
Avez-vous été malade au cours des deux dernières semaines?		
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui (plus de 37.5°C)?		
Toussez-vous actuellement?		
Avez-vous mal à la gorge, une sensation de fièvre, des douleurs musculaires?		
Avez-vous perdu votre odorat ou votre goût?		
Avez-vous été en contact récemment avec une personne présentant l'un de ces symptômes?		
Travaillez-vous dans un hôpital/une maison de retraite ou un établissement de soins de santé?		
Avez-vous été en contact récemment avec une personne atteinte de COVID-19?		
Avez-vous été diagnostiquée au COVID-19? Si oui, quand?		
Vivez-vous dans un ménage avec une personne chez qui une infection par COVID-19 a été diagnostiquée ou qui présente des symptômes de COVID-19 (fièvre, toux, perte d'odorat/goût)? Si oui, quand?		

MONSIEUR	Oui	Non
Avez-vous été malade au cours des deux dernières semaines?		
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui (plus de 37.5°C)?		
Toussez-vous actuellement?		
Avez-vous mal à la gorge, une sensation de fièvre, des douleurs musculaires?		
Avez-vous perdu votre odorat ou votre goût?		
Avez-vous été en contact récemment avec une personne présentant l'un de ces symptômes?		
Travaillez-vous dans un hôpital/une maison de retraite ou un établissement de soins de santé?		
Avez-vous été en contact récemment avec une personne atteinte de COVID-19?		
Avez-vous été diagnostiquée au COVID-19? Si oui, quand?		
Vivez-vous dans un ménage avec une personne chez qui une infection par COVID-19 a été diagnostiquée ou qui présente des symptômes de COVID-19 (fièvre, toux, perte d'odorat/goût)? Si oui, quand?		

Nom

.....

Prénom

.....

Date et signature

.....

Date et signature du médecin

.....

Nom

.....

Prénom

.....

Date et signature

.....