**Questionnaire d’orientation et de répartition des patients pris en charge pour une AMP dans le contexte de circulation du virus du Covid-19.**

Madame : Nom de naissance - Nom d’usage (ex. nom d’épouse) -Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Monsieur : Nom - Prénom :
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 de santé. 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 d’AMP dans les plus brefs délais tout changement de votre situation qui modifierait vos réponses à ce questionnaire.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Madame | Monsieur |
| **Au cours du mois précédent avez-vous** | **OUI** | **NON** | OUI | NON |
| été diagnostiquée positif au Covid-19 ? |  |  |  |  |
| eu une température > 38°c ? (merci de prendre votre température) |  |  |  |  |
| ressenti des courbatures ? |  |  |  |  |
| eu une toux ou des difficultés pour respirer ? |  |  |  |  |
| eu mal à la gorge ? |  |  |  |  |
| eu des maux de têtes ? |  |  |  |  |
| eu de la diarrhée ? |  |  |  |  |
| eu une perte de goût ou de l'odorat ? |  |  |  |  |
| eu le nez bouché ? |  |  |  |  |
| eu des engelures ? |  |  |  |  |
| été en contact avec une personne qui a l'un des symptômes cités ci-dessus ? |  |  |  |  |
| été en contact avec une personne diagnostiquée positive pour le Covid-19 ? |  |  |  |  |

 Signature :                                               Madame :                                       Monsieur :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avez-vous des manifestations différentes de celles données lors du premier questionnaire ?** | Madame | Monsieur |
| **OUI** | **NON** | OUI | NON |
| Date 1 : les premiers jours de stimulation |  |  |  |  |
| Date 2 : le jour du monitorage (échographie et/ou prise de sang) |  |  |  |  |
| Date 3 : +/-  le jour du monitorage 2  |  |  |  |  |
| Date 4 : le jour de l'Ovitrelle |  |  |  |  |
| Date 5 : le jour de la ponction ovocytaire et/ou du recueil de sperme |  |  |  |  |
| Date 6 : le jour du transfert d'embryon ou de l'insémination |  |  |  |  |
| Date 7 : 15 jours après la fin du protocole  |  |  |  |  |

**Une fois le questionnaire complet, il faudra l'envoyer OBLIGATOIREMENT en pièce jointe par mail au :**             sec-amp-hmm@chr-metz-thionville.fr