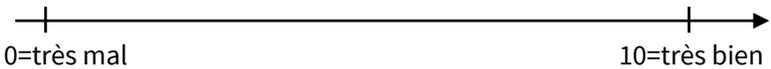


Nom/prénom du patient : _____

Date et heure de remplissage du questionnaire : _____

(*) *Champs obligatoires*

1. Comment vous sentez-vous ? *  0=très mal 10=très bien

2. Comment allez-vous depuis le dernier questionnaire ? *

- 0 - De mieux en mieux
- 1 - Stable
- 2 - De moins en moins bien

3. Quel est votre niveau de gêne pour respirer ? *

- 0 - Nul
- 1 - Léger
- 2 - Modéré
- 3 - Fort
- 4 - Très fort
- 5 - Maximal

4. Quelle est votre fréquence respiratoire ? * _____

5. Quelle est votre température ? * _____

6. Avez-vous des frissons ? * Oui Non

7. Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ? * Oui Non

8. Avez-vous fait des malaises ? * Oui Non

9. Arrivez-vous à vous alimenter ? * Oui Non

10. Quelle est votre fréquence cardiaque (en battement par minute ou bpm) ? * _____

11. Si vous possédez un saturomètre, pouvez-vous indiquer votre saturation (exprimée en pourcentage) sinon, passez à la question suivante ? _____

12. Depuis la dernière saisie/au cours des 24 heures, à quelle fréquence avez-vous ressenti de l'anxiété ?

- 0 - Jamais
- 1 - Rarement
- 2 - Occasionnellement
- 3 - Fréquemment
- 4 - Presque constamment

13. Depuis la dernière saisie/au cours des 24 heures, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) triste ou malheureux(se) ?

- 0 - Jamais
- 1 - Rarement
- 2 - Occasionnellement
- 3 - Fréquemment
- 4 - Presque constamment

14. Avez-vous des courbatures ? Oui Non

15. Avez-vous des maux de tête ? Oui Non

16. Avez-vous la toux sèche ? Oui Non

17. Avez-vous le nez qui coule ? Oui Non

18. Avez-vous des crachats « sales » ? Oui Non

19. Avez-vous mal à la gorge (ou autre signe pharyngé) ? Oui Non

20. Avez-vous vomi ? Oui Non

21. Avez-vous la diarrhée ? Oui Non

Fin du questionnaire