



RÉVÉLATIONS CENTRE HOLISTIQUE  
2350, rue Herron, Suite 200, Dorval, Québec H9S 1C3  
514-375-2323

---

## FORMULAIRE DE PRÉ-VISITE – COVID-19

Name du client: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Thérapeute: \_\_\_\_\_ Service: \_\_\_\_\_

1) Avez-vous, ou l'un des membres de votre domicile, été à l'extérieur de la province au cours des deux dernières semaines?

Oui  Non

2) Présentez-vous l'un des symptômes suivants (ou cochez toutes les cases correspondantes):

- Toux
- Fièvre
- Perte de l'odorat et/ou du goût
- Nez qui coule
- L'essoufflement
- Mal de gorge
- Aucun

3) Avez-vous été en contact avec une personne qui présente l'un des symptômes énumérés ci-dessus?

Oui  Non

4) Avez-vous, ou une personne avec laquelle vous avez été en contact, reçu un diagnostic positif de COVID-19?

Oui  Non