

NOM :

PRENOM :

Date consultation :

Docteur :

Tampon

Recontactez votre médecin si l'un de ces symptômes apparaît :

- **Apparition ou aggravation d'un essoufflement, même pour un effort modéré**
- Aggravation d'une toux
- Persistance d'une fièvre > 38,5° au-delà de 3 jours ; frissons
- Maux de tête importants
- Troubles du goût et de l'odorat
- Courbatures intenses
- Fatigue intense
- Troubles de la conscience

*** Téléphone du cabinet :**

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

*** Si vous ne pouvez joindre le cabinet, appelez le 15 ***