

Docteur Johan LUCE

Qualifié en Chirurgie Plastique Reconstructrice Esthétique

Diplôme Inter-Universitaire de Micro-Chirurgie

Ancien Praticien Attaché des Hôpitaux

Ancien Assistant Spécialiste des Hôpitaux

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A NOUS RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE :

johanluce@gmail.com

Précautions d'usage pour votre rendez-vous

Je m'engage à me présenter avec un masque sur le visage en salle d'attente et dans le bureau de consultation.

En cas d'encombrement notable en salle d'attente je m'engage à patienter à l'extérieur.

Je m'engage à ne pas me présenter avec un accompagnant en salle d'attente.

Des retards imprévisibles sont possibles en raison des mesures de sécurité et d'hygiène renforcées, je m'engage donc à être patient et compréhensif.

Compte tenu de l'imprévisibilité et des aléas de cette pandémie, je suis conscient(e) qu'une contamination est toujours possible chez moi, sur mon lieu de travail, dans les lieux publics, de même que lors de ma venue en consultation et au bloc opératoire.

Je m'engage à observer scrupuleusement la distanciation physique et les gestes barrière dans les suites de l'acte envisagé.

Je m'engage aussi à signaler tout symptôme (fièvre, toux, anosmie, agueusie, difficulté respiratoire, trouble digestif...) en cas de survenue avant ou après la consultation ou l'acte.

Nom, prénom, date et signature :

Questionnaire obligatoire :

• Vous a-t-on diagnostiqué le COVID ?

Oui Non Si oui quand ?

• Est-ce qu'un membre de votre famille a eu le COVID ?

Oui Non

• Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID ces derniers 15 jours ?

Oui Non

• Avez-vous eu de la fièvre ou des frissons ces derniers 15 jours ?

Oui Non

• Avez-vous eu des courbatures ces derniers 15 jours ?

Oui Non

• Avez-vous eu de la toux ou une augmentation de votre toux ces derniers 15 jours ?

Oui Non

• Avez-vous eu une perte ou une diminution du goût ou de l'odorat ces derniers 15 jours ?

Oui Non

• Avez-vous eu de la diarrhée ou plus de 3 selles molles par jour ces derniers 15 jours ?

Oui Non

• Avez-vous eu une fatigue inhabituelle ces derniers 15 jours

Oui Non

• Avez-vous du mal à vous alimenter ou à boire ces derniers jours ?

Oui Non

• Avez-vous eu un manque de souffle, une gêne respiratoire ces derniers 15 jours ?

Oui Non

Nom, prénom, date et signature :