

QUESTIONNAIRE DE SANTE

PENSEZ-VOUS AVOIR OU AVOIR EU DE LA FIEVRE CES DERNIERS JOURS (frissons, sueur) ?

OUI NON

AVEZ-VOUS DES COURBATURES ? OUI NON

DEPUIS CES DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS UNE TOUX OU UNE AUGMENTATION DE VOTRE TOUX HABITUELLE ?

OUI NON

CES DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS NOTÉ UNE FORTE DIMINUTION OU UNE PERTE DE VOTRE GOUT OU DE VOTRE ODORAT ? OUI NON

CES DERNIERS JOURS AVEZ-VOUS EU MAL A LA GORGE ? OUI NON

CES DERNIERES 24H AVEZ-VOUS EU DE LA DIARRHEE (Au moins 3 selles molles) ?

OUI NON

CES DERNIERS JOURS, RESSENTEZ-VOUS UNE FATIGUE INHABITUELLE ? OUI NON

DANS LES DERNIERES 24H, AVEZ-VOUS NOTÉ UN MANQUE DE SOUFFLE INHABITUEL LORSQUE VOUS PARLEZ OU FAITES UN PETIT EFFORT ? OUI NON

AVEZ-VOUS ETE EN CONTACT AVEC UNE PERSONNE AYANT PRESENTE DES SIGNES EVOQUANT UNE ATTEINTE AU CORONAVIRUS OU AVEC UNE PERSONNE AYANT ETE INFECTEE PAR CORONAVIRUS ?

OUI NON

AVEZ-VOUS PRESENTE DES MANIFESTATIONS CUTANEEES RECENTES INHABITUELLES ?

OUI NON

AVEZ-VOUS EU UN TEST COVID POSITIF IL Y A MOINS D'1 MOIS ? OUI NON

J'atteste sur l'honneur avoir répondu à ce questionnaire de façon sincère.

Mention manuscrite : « Lu et approuvé »

Date et signature