

Dépistage COVID – Rentrée du 1^{er} mars 2021

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F
Date de naissance : ____ / ____ / ____

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous présenté les signes suivants ?

Fièvre ou sensation de fièvre : OUI NON

Sensation de fatigue anormale : OUI NON

Gêne ou difficultés respiratoires : OUI NON

Gêne ou douleurs thoraciques : OUI NON

Gêne ou douleurs abdominales : OUI NON

Diarrhée et/ou vomissements : OUI NON

Gorge douloureuse ou irritée : OUI NON

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous présenté les

signes suivants ?
Toux : OUI NON

Gorge douloureuse ou irritée : OUI NON

Perte du goût ou des odeurs : OUI NON

Mal de tête : OUI NON

Courbatures inhabituelles : OUI NON

Autres : _____

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne (y compris votre entourage) présentant un ou plusieurs des signes ci-dessus ou diagnostiquée COVID-19 (Coronavirus) ?

OUI NON

Si oui, précisez le lieu et la date : _____

J'ai compris l'ensemble des questions qui m'étaient posées ? OUI NON

J'ai des questions ou des informations par rapport à ce questionnaire ? OUI NON