

## Questionnaire COVID – Rentrée du 4 janvier 2021

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F  
Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Fièvre ou sensation de fièvre :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Toux :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Sensation de fatigue anormale :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Gorge douloureuse ou irritée :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Gêne ou difficultés respiratoires :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Perte du goût ou des odeurs :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Gêne ou douleurs thoraciques :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Mal de tête :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Gêne ou douleurs abdominales :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Courbatures inhabituelles :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Diarrhée et/ou vomissements :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Autres :	<input type="text"/>	
Gorge douloureuse ou irritée :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			

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, préciser 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