

Questionnaire médical

Nom

Prénom

Numéro de téléphone

1	Avez-vous été atteint du Covid 19 dans les 15 derniers jours ?	oui	non
	Présentez-vous ce jour ou avez-vous présenté dans les 48 heures précédentes un des signes suivants :		
2	De la fièvre (température égale ou supérieur à 37,8) ?	oui	non
3	Des courbatures ?	oui	non
4	De la toux ?	oui	non
5	Des signes ORL : rhume, angine, pharyngite (en dehors de la rhinite ou d'une conjonctivite allergique diagnostiquée) ?	oui	non
6	Une perte de l'odorat sans nez bouché ou une perte du goût des aliments (distincte de la perte d'appétit) ?	oui	non
7	Des maux de tête inhabituels ?	oui	non
8	Des troubles digestifs (nausée, vomissement, diarrhée) ?	oui	non
9	Une fatigue inhabituelle ?	oui	non
10	D'autres signes comme des moments de désorientation ou des chutes inexplicables ?	oui	non
11	Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID 19 ?	oui	non
12	Avez-vous été en contact avec une personne présentant des symptômes du COVID-19 ?	oui	non