

## Questionnaire COVID-19

(A rendre lors de votre entrée)



### AUTO-QUESTIONNAIRE

Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?

#### Symptômes majeurs

- |   |           |
|---|-----------|
| - Fièvre (température mesurée $>38^{\circ}\text{C}$ )                         | Oui - Non |
| - Toux sèche  | Oui - Non |
| - Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée ( $>20/\text{min}$ ) | Oui - Non |
| - Anosmie (perte de l'odorat)   | Oui - Non |
| - Agueusie (perte du goût)  | Oui - Non |

#### Symptômes mineurs

- |   |           |
|---|-----------|
| - Maux de gorge   | Oui - Non |
| - Rhinorrhée (« nez qui coule »)                                  | Oui - Non |
| - Douleur thoracique  | Oui - Non |
| - Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures)                | Oui - Non |
| - Altération de l'état général ou fatigue importante              | Oui - Non |
| - Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation)        | Oui - Non |
| - Céphalées (« maux de tête »)                                    | Oui - Non |
| - Diarrhées   | Oui - Non |
| - Nausées et/ou vomissements                                      | Oui - Non |
| - Éruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts ou à la main | Oui - Non |

Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ?

Oui - Non

Avez-vous séjourné à l'étranger, en Guyane ou à Mayotte dans les 14 derniers jours ?

Oui - Non

Date :

Signature :