Questionnaire Covid pour les participants

1. Avez-vous eu des contacts étroits avec une personne positive à la Covid au cours des deux dernières semaines ?

Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

1. Avez‐vous l’un des symptômes ou plusieurs des symptômes suivants (apparition dans les deux dernières semaines) ?
* Fièvre (température buccale de 38 °C (100,4 °F) et plus ou de 37,8 °C (100,0 °F) et plus pour les personnes âgées)
* Toux récente ou aggravation d’une toux chronique
* Perte soudaine de l’odorat sans obstruction nasale avec ou sans perte de goût

 Oui\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_

1. Avez‐vous présentement **au moins 2**des symptômes suivants?
* Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique)
* Mal de tête
* Fatigue intense
* Perte d’appétit importante
* Mal de gorge
* Nausées (maux de cœur), vomissements ou diarrhées

 Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Note : Ne pas partager crayon.

Bureau covide-19