

QUESTIONNAIRE D'AIDE A LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

- Vous a-t-on diagnostiqué le COVID ?

Oui Non

- Est-ce qu'un membre de votre famille a eu le COVID ?

Oui Non

- Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID ces 15 derniers jours ?

Oui Non

- Avez-vous eu de la fièvre ou des frissons ces 15 derniers jours ?

Oui Non

- Avez-vous eu des courbatures ces 15 derniers jours ?

Oui Non

- Avez-vous eu de la toux ou une augmentation de votre toux ces 15 derniers jours ?

Oui Non

- Avez-vous eu une perte de l'odorat ou une diminution du goût ou de l'odorat ces 15 derniers jours ?

Oui Non

- Avez-vous eu de la diarrhée ou plus de 3 selles molles par jour ces 15 derniers jours ?

Oui Non

- Avez-vous eu une fatigue inhabituelle ces 15 derniers jours ?

Oui Non

- Avez-vous eu du mal à vous alimenter ou boire ces 15 derniers jours ?

Oui Non

- Avez-vous eu un manque de souffle, une gêne respiratoire ces 15 derniers jours ?

Oui Non

