



Questionnaire Covid19 *

(source SFAR mai 2020)

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

Symptômes majeurs :

- | | | |
|---|-----|-----|
| • fièvre (température plus de 38°C) | Oui | Non |
| • toux sèche | Oui | Non |
| • difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (> 20/min) | Oui | Non |
| • perte de l'odorat | Oui | Non |
| • perte du goût | Oui | Non |

Symptômes mineurs :

- | | | |
|--|-----|-----|
| • maux de gorge | Oui | Non |
| • nez qui coule | Oui | Non |
| • douleur thoracique | Oui | Non |
| • courbatures, « mal dans les muscles » | Oui | Non |
| • fatigue importante ou altération de l'état général | Oui | Non |
| • confusion, désorientations | Oui | Non |
| • maux de tête | Oui | Non |
| • diarrhée | Oui | Non |
| • nausées et vomissements | Oui | Non |
| • éruption cutanée ou engelure aux doigts/ à la main | Oui | Non |

Avez-vous été en contact étroit (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 covid19 de façon prouvée au cours des derniers 15 jours ?

Oui Non