

QUESTIONNAIRE - AIDE MÉMOIRE - EN CLINIQUE OU À DOMICILE

NOM : _____

DATE : _____

AVEZ-VOUS UN OU PLUSIEURS SYMPTÔMES SUIVANTS ?

Nez qui coule OUI NON

Toux, fièvre OUI NON

Maux de gorge ou de tête OUI NON

Difficultés respiratoires OUI NON

Perte d'odorat et de goût OUI NON

Avez-vous voyagé dans les 2 dernières semaines ? OUI NON

Nausées, vomi OUI NON

Diarrhée OUI NON

Avez-vous été en contact étroit avec un cas confirmé ou probable de COVID-19 ? OUI NON

Travaillez-vous dans le milieu de la santé ? OUI NON

Signature :-----