

QUESTIONNAIRE - AIDE MÉMOIRE - EN CLINIQUE OU À DOMICILE

NOM : _____

DATE : _____

AVEZ-VOUS LES 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 |
| • 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 : _____

