

## QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE COVID-19

NOM DU PARTICIPANT : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE PORTABLE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ PAYS: \_\_\_\_\_

ÉVÉNEMENT: \_\_\_\_\_ LIEU: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

### Section 1

Température $\geq 100,1/37,8$	OUI NON - Température réelle :
-------------------------------	--------------------------------

### Section 2. Avez-vous l'un des symptômes suivants :

Toux d'apparition récente/nouvelle (non liée à une allergie ou à une maladie pulmonaire)	OUI	NON
Congestion nasale récente/nouvelle (non liée à des allergies ou à une infection des sinus)	OUI	NON
Mal de gorge récent/nouveau	OUI	NON
Essoufflement récent/nouveau (non lié à une maladie chronique)	OUI	NON
Diarrhée récente/nouvelle	OUI	NON
Douleur abdominale récente/nouvelle apparition	OUI	NON
Nausées/vomissements récents/nouveaux	OUI	NON
Fatigue/malaise récent/nouveau	OUI	NON
Apparition récente/nouvelle de perte de goût/d'odeur	OUI	NON

### Section 3. Exposition

Vivez-vous avec quelqu'un qui est en quarantaine?	OUI	NON
A votre connaissance, avez-vous été exposé <b>ou en contact avec une</b> personne testée positive au COVID-19 ou qui présente des symptômes compatibles avec le COVID-19 ?	OUI	NON
<b>A titre indicatif : Si vous avez déjà été testé positif au Covid-19 et que vous avez surmonté l'infection ou si vous avez été complètement vacciné, merci de vous munir de la documentation correspondante.</b>		

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_