



## Questionnaire santé

Nom Prénom

Date

### QUESTIONS

OUI

NON

1. Avez-vous ou pensez-vous avoir eu de la **fièvre** ces 7 derniers jours (frissons, sueurs, courbatures) ?  OUI  NON
2. Ces derniers jours, avez-vous présenté une **toux** ou une augmentation de votre **toux** habituelle ?  OUI  NON
3. Avez-vous noté une perte ou une diminution du **goût et de l'odorat** depuis quelques jours ?  OUI  NON
4. Ces derniers jours, ressentez-vous une **fatigue inhabituelle** au point de vouloir rester au lit ?  OUI  NON
5. Avez-vous ressenti une douleur ou une **sensation d'oppression dans le thorax** durant les 7 jours précédents ?  OUI  NON
6. Ces derniers jours, avez-vous noté ou ressenti une **gêne pour respirer** ou un **essoufflement** inhabituel ?  OUI  NON

Signature