



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

Symptômes majeurs

Fièvre (température mesurée > 38°) Oui Non

Toux sèche Oui Non

Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min) Oui Non

Anosmie (perte de l'odorat) Oui Non

Ageusie (perte du goût) Oui Non

Symptômes mineurs

Maux de gorge Oui Non

Rhinorrhée (nez qui coule) Oui Non

Douleur thoracique Oui Non

Myalgies (mal dans les muscles, courbatures) Oui Non

Altération de l'état général ou fatigue importante Oui Non

Confusion (pensées qui se mélangent, désorientation) Oui Non

Céphalées (maux de tête) Oui Non

Diarrhées Oui Non

Nausées et/ou vomissements Oui Non

Eruption cutanée ou engelures / crevasses aux doigts ou à la main Oui Non

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

NOM - Prénom

Signature