



Auto-questionnaire médical

Date : 24/04/2020

Page 1/1

Cet auto-questionnaire est destiné à s'assurer, selon un principe de précaution, que vous ne présentez pas de signes ou symptômes évocateurs du COVID-19 ou que vous n'avez pas été en contact avec des personnes potentiellement malades.

Cet impératif de sécurité publique, dans le cadre de la lutte contre le COVID-19, explique qu'une réponse positive à l'une de ces questions entraînera une contre-indication temporaire à la visite.

Les informations recueillies sont confidentielles. Le questionnaire sera détruit après votre visite.

Au cours des 15 derniers jours :

OUI	NON	Avez-vous eu de la fièvre (température égale ou supérieure à 37,8°) ?
OUI	NON	Avez-vous eu des maux de tête inhabituels ?
OUI	NON	Avez-vous eu une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ?
OUI	NON	Avez-vous eu un mal de gorge ?
OUI	NON	Avez-vous noté un manque de souffle inhabituel ?
OUI	NON	Avez-vous noté une forte diminution ou une perte de votre goût ou de votre odorat ?
OUI	NON	Avez-vous ressenti une fatigue inhabituelle ?
OUI	NON	Avez-vous eu des douleurs musculaires et /ou des courbatures inhabituelles ?
OUI	NON	Avez-vous eu des troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées) ?
OUI	NON	Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID-19 ?

Cocher la réponse

Température prise le jour de la visite :

Je déclare sur l'honneur ne pas avoir pris dans les 12h un traitement pour faire baisser ma température (paracétamol, aspirine, etc.) et avoir sincèrement rempli le questionnaire ci-dessus.

Le :

NOM/Prénom :

Signature