



ANNEXE 2

Questionnaire COVID déclaratif

* Avez-vous été en contact, ces 15 derniers jours, avec une personne atteinte du COVID-19 (déclarée ou suspectée)?

oui non

* Avez-vous eu ces derniers jours : fièvre, frissons, sensation de froid inexplicée?

oui non

* Ressentez-vous une fatigue importante, inhabituelle?

oui non

* Constatez-vous des difficultés à respirer lors d'efforts modérés (montée d'escaliers, s'habiller, marcher..)?

oui non

* Avez-vous eu ces derniers jours des courbatures, une migraine inhabituelle?

oui non

* Avez-vous une toux persistante ou inhabituelle? Des difficultés à parler sans tousser? Mal à la gorge?

oui non

* Constatez-vous une perte ou une diminution de l'odorat et du goût?

oui non

* Avez-vous des troubles digestifs, une diarrhée, des maux de ventre importants?

oui non

* Constatez-vous des démangeaisons ou des plaques rouges douloureuses sur le corps?

oui non

* Avez-vous réalisé dernièrement un test de dépistage ou sérologique?

oui non