

QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT D'ENTRER DANS LE CIRCUIT DE L'EXAMEN DE PREVENTION EN SANTE

A COMPLETER UNIQUEMENT LA VEILLE DE VOTRE EXAMEN

Avez-vous ou avez-vous eu dans les 7 jours précédents ?

- De la fièvre ou sensation de fièvre ?
- Des frissons
- Une fatigue inexplicable
- Des courbatures
- Une toux ou une gêne respiratoire
- Des céphalées (en dehors d'une migraine connue)
- Une perte de goût
- Une perte d'odorat, en dehors d'un rhume
- Des maux de gorge
- Des douleurs abdominales ou une diarrhée
- Une éruption cutanée ou une décoloration des doigts ou des orteils
- Une sensation inhabituelle d'oppression dans la poitrine

Si oui cochez la case

Evaluation d'un risque de cas contact avec un cas confirmé de COVID 19 dans les 14 derniers jours

- Est-ce que chez vous ou dans votre entourage quelqu'un a été testé positif au Covid 19 ? cas confirmé
- Est-ce que chez vous ou dans votre entourage quelqu'un a des signes + un scanner évocateur de COVID 19 ?
Cas probable
- Est-ce que vous avez été en contact direct avec un cas (confirmé ou probable) de COVID 19 en face à face, à moins de 2 m, quelle que soit la durée (sauf croisement fugace)
- Avez-vous donné ou reçu des soins d'une personne atteinte ou suspecte ?
- Avez-vous partagé un espace confiné (bureau, salle de réunion, voiture...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24 H avec un cas ?
- Etes-vous resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ?

Si oui cochez la case

Date :

Signature :