

# Questionnaire

DANS LES 3 DERNIERES SEMAINES	OUI	NON
Avez-vous ou avez-vous eu de la fièvre ou des frissons ces derniers temps ?		
Toussez vous ou avez-vous toussé?		
Avez-vous ou avez-vous eu eu une difficulté respiratoire ?		
Avez-vous ou avez-vous eu une diminution de l'odorat ou une perte de goût ?		
Avez-vous ou avez-vous eu des courbatures, des douleurs musculaires, une fatigue anormale ?		
Avez-vous ou avez-vous eu de la diarrhée nausées, vomissements ?		
Avez-vous ou avez-vous eu des maux de tête, mal de gorge, un écoulement nasal ?		
Avez vous eu des engelures, des crevasses aux mains ?		

**En gras, symptômes majeurs, normal : symptômes mineurs**

DANS LES 3 DERNIERES SEMAINES	OUI	NON
<b>Vous a-t-on diagnostiqué COVID + depuis moins de 3 semaines ?</b>		
<b>Est-ce que quelqu'un de votre famille ou de votre entourage a été atteint du COVID ?</b>		
<b>Venez vous d'une EHPAD ?</b>		