

Date : .....

Heure : .....

<b>Annexe 1 COVID-19   Questionnaire adulte dépistage COVID-19</b>			
<b>Si oui à la question N°1 et/ou N°2 = dépistage RT PCR Covid-19</b>			
<b>Si pour la question N°3 = <math>\geq 1</math> symptôme majeur et/ou <math>\geq 2</math> symptômes mineurs = RT PCR COVID-19</b>			
<b>1. Avez-vous voyagé dans les 15 jours en dehors de la France (y compris Mayotte et Guyane)</b>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
<b>2. Avez-vous dans les 15 derniers jours été en contact étroit avec une personne Covid-19 avérée</b>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
<b>3. Avez-vous actuellement ou dans les 2 derniers jours présenté un ou plusieurs symptômes suivants de façon inhabituelle.</b>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
<b>Symptômes majeurs</b>			
Fièvre (température mesurée $>38^{\circ}\text{C}$ )	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Toux sèche	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée ( $>20/\text{min}$ )	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Anosmie (perte de l'odorat)	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Agueusie (perte du goût)	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
<b>Symptômes mineurs</b>			
Maux de gorge	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Rhinorrhée (« nez qui coule »)	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Douleur thoracique	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures)	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Altération de l'état général ou fatigue importante	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation)	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Céphalées (« maux de tête »)	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Diarrhées	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Nausées et/ou vomissements	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Éruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts ou à la main	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	

Nom :

Signature :