

Questions relatives au COVID-19

1. Avez-vous été infecté(e) par le COVID-19?

- Oui
- Non

2. Avez-vous été testé(e) pour le COVID-19?

- Oui
- Non

Où avez-vous été testé(e) pour le COVID-19?

- Cabinet medical ou drive de dépistage
- Service des urgences
- Autre

Si vous avez coché "Autre", merci de préciser l'endroit: _____

Aviez-vous déjà des symptômes quand vous avez été testé(e)?

- Oui
- Non

Pourquoi avez-vous été testé(e)?

- Personnel medical / Premier répondant
- Membre de la famille considéré "à risque"
- Autre

Si vous avez coché "Autre", merci de préciser: _____

3. Quels sont vos symptômes: (cochez tous ceux qui s'appliquent)

- aucun
- toux: depuis combien de jours ___
- mal de gorge: depuis combien de jours ___
- fièvre supérieure à 38 degrés: depuis combien de jours ___
- température maximale enregistrée _____
- frissons
- maux de tête
- perte partielle de l'odorat
- perte totale de l'odorat
- perte partielle du goût
- perte totale du goût
- problèmes respiratoires
- grande fatigue
- douleurs musculaires
- nez qui coule
- diarrhée (plus de 3 fois en 24 heures)
- nausées ou vomissements
- rougeurs au niveau des lèvres ou du visage
- confusion ou incapacité à se lever
- douleurs thoraciques ou pression sur le thorax
- conjonctivite bénigne ou rougeur dans les yeux
- Autre, merci de spécifier: _____

Depuis combien de jours tousez-vous? _____

Comment est votre toux?

- sèche
- humide
- autre _____

Date de votre premier symptôme:

Date de votre dernier symptôme:

4. Etiez-vous à l'étranger avant d'avoir été infecté par COVID-19 ou avant d'avoir suspecté être atteint du COVID-19?

- Non
- Oui Pays: _____ Date du voyage: _____

5. Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID-19 ou suspectée d'avoir contracté COVID-19?

- Oui, une personne atteinte du COVID-19
- Oui, une personne suspectée d'avoir COVID-19
- Non
- Pas sûr