

**AUTO-QUESTIONNAIRE OBLIGATOIRE A FAIRE REMPLIR PAR LE PATIENT**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Date du questionnaire : .....

Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?			
1	Fièvre (température mesurée >38°C)	oui	non
2	Toux sèche	oui	non
3	Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min)	oui	non
4	Anosmie (perte de l'odorat)	oui	non
5	Agueusie (perte du goût)	oui	non
6	Maux de gorge	oui	non
7	Rhinorrhée (« nez qui coule »)	oui	non
8	Douleur thoracique	oui	non
9	Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures)	oui	non
10	Altération de l'état général ou fatigue importante	oui	non
11	Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation)	oui	non
12	Céphalées (« maux de tête »)	oui	non
13	Diarrhées	oui	non
14	Nausées et/ou vomissements	oui	non
15	Éruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts ou à la main	oui	non
16	<b>Avez-vous été en contact étroit</b> (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) <b>avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ?</b>	oui	non