

NOM.....

PRENOM.....

AUTO EVALUATION DE DEPISTAGE COVID 19

• La fièvre

Avez-vous eu dans les huit jours précédents une fièvre ou une sensation d'être fiévreux (même si elle n'a pas été mesurée) ? oui/non

• La toux

Présentez-vous depuis un ou deux jours, une toux inhabituelle ? oui/non

• Les courbatures

Présentez-vous des courbatures, en dehors d'une raison explicable? oui/non

• Maux de tête

Avez-vous eu des maux de tête dans les deux jours précédents, qui ont nécessité la prise de paracétamol ? oui/non

• Mal de gorge (dysphagie)

Avez-vous eu dans les jours précédents, un mal de gorge avec difficulté à avaler , ou une sensation de brûlure de la gorge? oui/non

• Perte de l'odorat / sensibilité gustative

Avez-vous la sensation de ne pas sentir, ni goûter les aliments comme auparavant ? oui/non

• Diarrhées

Avez-vous eu un épisode diarrhéique dans les jours qui précèdent ce vol ? oui/non

• Essoufflement

Avez-vous la sensation, à effort équivalent, d'être plus essoufflé, en ayant des difficultés à « reprendre votre souffle » ? oui/non

Si vous répondez oui à une ou plusieurs questions, restez chez vous et contactez votre médecin traitant.

Informez votre club si vous développez la maladie dans les 14 jours après votre présence.

DATE :.....

SIGNATURE :.....