

COVID-19 / Questionnaire du participant

Nom du participant Date				
			OUI	NON
	Est-ce que vous ou votre enfant avez été testé pour la COVID-19?			NON
1.	A	Si vous avez répondu OUI à la question 1, avez-vous terminé votre quarantaine?		NON
	Est-ce que vous ou votre enfant avez été en contact avec quelqu'un de positif à la COVID-19 à la maison?		OUI	NON
2.	Si vous avez répondu OUI à la question 2, avez-vous terminé votre quarantaine?		OUI	NON
3 q	t-ce que vous ou votre enfant avez été en contact avec elqu'un de positif à la COVID-19 à la l'extérieur de la nison?		OUI	NON
3,	3A Si vous avez répondu OUI à la question 3, avez-vous terminé votre quarantaine?		OUI	NON
4 Est-ce que vous ou votre enfant avez un de ces symptômes?				
		Fièvre	OUI	NON
		Histoire de fièvre	OUI	NON
		Frisson	OUI	NON
		Détresse respiratoire	OUI	NON
		Écoulement nasale	OUI	NON
		Congestion nasale	OUI	NON
		Mal de gorge	OUI	NON
		Diarrhée	OUI	NON
		Vomissements Parte de sare de l'adaret	OUI	NON
		Perte de sens de l'odorat	OUI	NON
		Mal à la tête	OUI	NON
		Douleur musculaire ou articulaire	OUI	NON

Complété par :