



COVID-19 AUTO-QUESTIONNAIRE VISITEUR (à remplir à chaque visite)

Ce questionnaire est complété par le visiteur lors de sa venue sur site. Ses réponses l'engagent.

1. Avez-vous compris les consignes de visite ? Oui Non

Si pas, quelles sont vos interrogations ?

.....
.....

2. Avez-vous été malade dernièrement ? Oui Non

(3bis) Si oui à quand remontent vos derniers symptômes ?

.....
.....

(3ter) Si oui, décrivez vos symptômes :

.....
.....
.....
.....

3. Avez-vous subi un test de dépistage Covid-19 ? Oui Non

Dans l'affirmative, merci de transmettre les résultats du test.

4. A ce jour, avez-vous :

- Pris dans les 12h précédentes un traitement antipyrétique (paracétamol, aspirine, etc.) Oui Non
- De la fièvre ? Oui Non
- Des maux de tête ? Oui Non
- Des courbatures ? Oui Non
- Des signes respiratoires (toux, essoufflement, etc.) ? Oui Non
- Des signes ORL (mal de gorge, enrrouement, rhume, etc.) ? Oui Non
- Des troubles digestifs (exemple : diarrhées) ? Oui Non
- Des moments de désorientation ? Oui Non
- Dernièrement subi des chutes ? Oui Non
- Une perte de l'odorat ? Oui Non
- Une perte du goût (à distinguer de l'envie de manger) ? Oui Non
- Séjourné à l'étranger dans les 14 jours ? Oui Non
- Eu un contact à risque avec une personne ayant séjourné à l'étranger ? Oui Non

Date et heure :

Nom et signature du visiteur :