

Questionnaire d'auto-évaluation Sanitaire

Prévention Coronavirus

Avez-vous présenté ou présentez-vous actuellement un ou plusieurs des signes de la liste suivante :		Oui	Non
Signes généraux :	Fièvre, Température >38°	Oui	Non
	Frissons	Oui	Non
	Maux de tête	Oui	Non
	Fatigue persistante inhabituelle	Oui	Non
	Troubles de l'équilibre - chute	Oui	Non
Signes Respiratoires :	Toux	Oui	Non
	Expectoration (crachats)	Oui	Non
	Essoufflement	Oui	Non
Signes ORL :	Maux de gorge	Oui	Non
	Nez bouché	Oui	Non
	Eternuements	Oui	Non
	Anosmie – perte de l'odorat	Oui	Non
	Agueusie – perte du goût	Oui	Non
Signes oculaires :	Conjonctivite	Oui	Non
	Démangeaisons des paupières	Oui	Non
Signes digestifs bas :	Douleurs abdominales	Oui	Non
	Diarrhées	Oui	Non
Signes digestifs hauts :	Nausées	Oui	Non
	Vomissements	Oui	Non
Douleurs :	Musculaires – courbatures	Oui	Non
	Articulaires	Oui	Non
Problèmes de peau	Urticaire	Oui	Non
	Engelures récentes des extrémités	Oui	Non
Avez-vous ressenti d'autres sensations inhabituelles ?		Oui	Non
Etes-vous /avez-vous été en contact ces 14 derniers jours avec une personne diagnostiquée Covid ?		Oui	Non
Etes-vous /avez-vous été en contact avec une personne présentant l'un des signes mentionnés ci-dessus ?		Oui	Non

Dans le cas d'une réponse OUI à l'une ou a plusieurs de ces questions, il est recommandé de sursoir à l'embarquement et de consulter un médecin qui pourra vous proposer un test de dépistage de type PCR.