



# Coronavirus : autoquestionnaire

## à remplir avant votre venue au centre hospitalier

### Avez-vous présenté récemment ?

Symptômes	Oui	Non	Si oui, date d'apparition du symptôme
• Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Sensation fébrile / frissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Toux sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Ecoulement ou obstruction nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Douleur de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Perte de goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Perte d'odorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Douleur thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Diarrhées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Nausées et/ou vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
• Fatigue intense, inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...../...../.....

### Avez-vous présenté d'autres symptômes inhabituels ?

Non  Oui  Si oui, lesquels : .....

### Avez-vous été en contact avec des personnes atteintes de Covid-19 récemment ?

Non  Oui  Si oui, précisez la date du dernier contact avec ces personnes ...../...../.....  
et à quelle occasion vous avez côtoyé ces personnes .....

Si vous répondez « oui » à une de ces questions, contactez votre médecin traitant et votre secrétariat hospitalier pour les en informer.

Si un test diagnostique est nécessaire, le centre de prélèvements est joignable au 03 44 44 47 02.