



## AUTOQUESTIONNAIRE ADULTE COVID-19 AVANT LA CONSULTATION ET LORS D'UNE HOSPITALISATION (CORONAVIRUS)



Réf : ENR-SOINS-030  
Version : 1  
Date : 11/05/2020

**Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?**

### Symptômes majeurs

- Fièvre (température mesurée >38°C)  Oui  Non
- Toux sèche  Oui  Non
- Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min)  Oui  Non
- Anosmie (perte de l'odorat)  Oui  Non
- Agueusie (perte du goût)  Oui  Non

### Symptômes mineurs

- Maux de gorge  Oui  Non
- Rhinorrhée (« nez qui coule »)  Oui  Non
- Douleur thoracique  Oui  Non
- Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures)  Oui  Non
- Altération de l'état général ou fatigue importante  Oui  Non
- Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation)  Oui  Non
- Céphalées (« maux de tête »)  Oui  Non
- Diarrhées  Oui  Non
- Nausées et/ou vomissements  Oui  Non
- Éruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts ou à la main  Oui  Non

**Avez-vous été en contact étroit** (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) **avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ?**  Oui  Non