Journées SIFUD et LiFT Meeting
Les 8/9/10 Septembre 2020

Nom :

Prénom :

QUESTIONNAIRE

Merci, pour des raisons de sécurité, de répondre à ce questionnaire

Les questions de ce questionnaire concernent les 2 jours avant votre arrivée au centre de Conférences Les Pensières

A/ Avez-vous eu un test PCR COVID positif ? Date : oui ☐ non ☐

- Si **OUI depuis moins de 14 jours**, vous ne devez pas participer à la réunion

B/ En ce moment ou récemment :

1. Avez-vous des symptômes respiratoires inhabituels (toux, essoufflement) *ou* une aggravation de vos symptômes respiratoires habituels ? **oui ☐ non ☐**
2. - Avez-vous un écoulement nasal inhabituel ? **oui ☐ non ☐**
3. - Ressentez-vous des courbatures, douleurs musculaires ? **oui ☐ non ☐**
4. - Avez-vous de la fièvre ou sensation de chaud froid ? **oui ☐ non ☐**
5. - Avez-vous perdu le gout ou l'odorat récemment ? **oui ☐ non ☐**
6. - Avez-vous des symptômes digestifs inhabituels de type diarrhée ? **oui ☐ non ☐**
7. - Avez-vous une éruption cutanée des membres ou extrémités ? **oui ☐ non ☐**
8. - Ces derniers jours, ressentez-vous une fatigue inhabituelle ? **oui ☐ non ☐**
9. - Avez-vous été en contact récemment avec une personne COVID + ? **oui ☐ non ☐**

   ❖ Si oui à quelle date ? _____

Si vous répondez **OUI à une des questions de la PARTIE B**, nous vous prions de ne pas participer à la réunion