



## QUESTIONNAIRE DETECTION / SELECTION



### COVID 19

- Avez-vous de la fièvre > 38°C ? OUI  NON
- Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ? OUI  NON
- Avez-vous une difficulté à respirer ces derniers jours ? OUI  NON
- Avez-vous une douleur dans la poitrine ces derniers jours ? OUI  NON
- Avez-vous des maux de tête ces derniers jours ? OUI  NON
- Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat ces derniers jours ? OUI  NON
- Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ? OUI  NON
- Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ? OUI  NON
- Avez-vous des éruptions cutanées ou des engelures ces derniers jours ? OUI  NON
- Avez-vous de la diarrhée ces dernières 24 heures ? OUI  NON
- Avez-vous une perte de goût et de l'odorat depuis 7 jours ? OUI  NON
- Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ? OUI  NON   
si OUI, répondre à la question ci-dessous :  
Cette fatigue vous oblige t'elle à vous reposer plus de la moitié de la journée ? OUI  NON
- Êtes-vous dans l'impossibilité de vous alimenter ou de boire depuis 24h ou plus ? OUI  NON
- Avez-vous été en contact avec des personnes ayant eu la maladie COVID-19 ou suspectes depuis 7 jours ? OUI  NON
- Avez-vous consulté un médecin pour des symptômes se rapportant à la maladie COVID-19 depuis 7 jours ? OUI  NON
- Avez-vous été alerté d'un cas contact par l'application STOPCOVID depuis 7 jours ? OUI  NON
- Avez-vous eu un test PCR positif pour la maladie COVID-19 depuis 7 jours ? OUI  NON

**Vous êtes invité à ne pas vous rendre au rendez-vous spécifié sur la convocation de la détection/sélection, de prévenir de votre absence qui sera excusée à [ctd@oise.fff.fr](mailto:ctd@oise.fff.fr) - tél : 06 15 90 86 19 et le cas échéant, vous isoler et consulter votre médecin si**

⇒ **vous avez la maladie Covid-19**

⇒ **vous avez été en contact avec un malade du Covid-19**

⇒ **Si vous avez répondu « OUI » à une des questions ci-dessus**