



QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE POUR ETUDIANTS

DATE : / /

IDENTIFICATION

NOM ET PRENOM :DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

N° CIN.....N° DE TELEPHONE :

ANNEEGROUPE APP/STAGES.....

QUESTIONNAIRE

■ Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact étroit avec une personne diagnostiquée COVID-19 ?

Oui Non

■ Au cours des 14 derniers jours et jusqu'à ce jour, avez-vous présenté /présentez-vous des signes évocateurs de la maladie ?

	OUI	NON		OUI	NON
Fièvre > 37,5° et/ou frissons			Nausées, vomissements		
Toux sèche			Conjonctivite		
Difficulté respiratoire			Courbatures, fatigue non expliquée		
Perte soudaine de goût/odorat			Gorge irritée		

■ Avez-vous été diagnostiqué covid-19 ?..... OUI NON

Si oui, quelle est la date du test PCR positif ?.....

■ Etes-vous en attente de résultats d'un test PCR.....OUI NON