

Questionnaire d'auto évaluation SAnitaire

En période de Coronavirus

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----|-----|
| Avez-vous été atteint du Covid-19 ? Ou une forte suspicion d'avoir été contaminé ? | | Oui | Non |
| Avez-vous présenté ou présentez-vous actuellement un ou plusieurs des signes de la liste suivante : | | Oui | Non |
| Signes généraux : | Fièvre, Température >38° | Oui | Non |
| | Frissons | Oui | Non |
| | Maux de tête | Oui | Non |
| | Fatigue persistante inhabituelle | Oui | Non |
| | Troubles de l'équilibre - chute | Oui | Non |
| Signes Respiratoires : | Toux | Oui | Non |
| | Expectoration (crachats) | Oui | Non |
| | Essoufflement | Oui | Non |
| Signes ORL : | Maux de gorge | Oui | Non |
| | Nez bouché | Oui | Non |
| | Eternuements | Oui | Non |
| | Anosmie – perte de l'odorat | Oui | Non |
| | Ageusie – perte du goût | Oui | Non |
| Signes oculaires : | Conjonctivite | Oui | Non |
| | Démangeaisons des paupières | Oui | Non |
| Signes digestifs bas : | Douleurs abdominales | Oui | Non |
| | Diarrhées | Oui | Non |
| Signes digestifs hauts : | Nausées | Oui | Non |
| | Vomissements | Oui | Non |
| Douleurs : | Musculaires – courbatures | Oui | Non |
| | Articulaires | Oui | Non |
| Problèmes de peau | Urticaire | Oui | Non |
| | Engelures récentes des extrémités | Oui | Non |
| Avez-vous ressenti d'autres sensations inhabituelles ? | | Oui | Non |
| Avez-vous la sensation d'être déprimé, sans ressort ? | | Oui | Non |
| Avez-vous une modification importante de votre poids (+/- 3 kgs) ? | | Oui | Non |
| Etes-vous /avez-vous été en contact ces 14 derniers jours avec une personne diagnostiquée Covid ? | | Oui | Non |
| Etes-vous /avez-vous été en contact avec une personne présentant l'un des signes mentionnés ci-dessus ? | | Oui | Non |

Dans le cas d'une réponse OUI à l'une ou a plusieurs de ces questions, il est recommandé de sursoir à l'embarquement et de consulter un médecin qui pourra vous proposer un test de dépistage PCR et éventuellement une sérologie.