



QUESTIONNAIRE COVID-19

Nom: _____

Date: _____

- 1) Avez-vous passé un test de dépistage pour la COVID-19 au cours des 28 derniers jours? Oui
- 1.1 date: _____ Non
- 1.1 Résultat: _____
- 2) Depuis le 13 mars 2020, avez-vous été dans l'obligation de faire une quarantaine? Oui
- 2.1 date: _____ Non
- 2.2: Raison: _____
- 3) Avez-vous eu des contacts immédiats avec un cas confirmé ou probable de COVID-19 ? ("contacts immédiats" étant définis comme moins de 2 mètres, ou pendant une période de temps prolongée, c'est-à-dire vivre avec, prendre soin de, en relation avec) Oui
- Non
- 4) Est-ce que vous ou quelqu'un avec qui vous avez été à proximité, a voyagé à l'extérieur du pays au cours des quatorze (14) derniers jours ? Oui
- Non
- 5) Ressentez-vous l'un des symptômes NEUFS ou S'AGGRAVANT suivants ? Fièvre
- Difficulté à respirer
- Toux
- Perte de l'odorat
- Nausée
- Aucune de ces réponses
- Cochez tout ce qui s'applique.

Declaration

Je déclare que les réponses fournies sont vraies et exactes.

Signature: _____

Date: _____

Représentant Maxsys : _____