

SVP répondez par oui ou non

- 1- Avez-vous reçu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 ou une recommandation de passer un test de dépistage?
- 1a- Si vous avez répondu oui à la question 1, êtes-vous considéré « rétabli » par la direction régionale de santé publique?
- 2-Avez-vous la sensation d'être fiévreux, d'avoir des frissons comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38 °C (100,4 °F) ou supérieure à 37,8°C ou 100,00 F pour les personnes âgées?
- 3- Avez-vous de la toux récente ou empirée depuis peu?
- 4- Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé?
- 5- Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût?
- 6- Avez-vous au **moins 2** des symptômes suivants? • Mal de tête • Fatigue intense • Douleurs musculaires (non liées à un effort physique) • Mal de gorge • Perte d'appétit important • Nausées • Vomissements • Diarrhée
- 7- Avez-vous une condition de santé connue pouvant expliquer les symptômes rapportés ci-dessus? Si oui, précisez :
- 8- Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19?