



# AUTO QUESTIONNAIRE Adultes

**Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?**

	oui	non
Fièvre (> 38°C)		
Toux sèche	oui	non
Difficultés à respirer récentes	oui	non
Perte de l'odorat	oui	non
Perte du goût	oui	non
Symptôme grippal (douleurs des muscles, frissons, fièvre ...)	oui	non

Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'un mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous, ni pour le contact) avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours de 15 derniers jours ?

oui non

***Si vous présentez un symptôme avant votre consultation, rappelez le secrétariat pour définir la conduite à tenir.***