

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL SIMPLIFIÉ – COVID 19

PRÉNOM/NOM :

AGE

REPRÉSENTANT LÉGAL

SYMPTOMES OBSERVÉS :

- FIÈVRE :	OUI	NON
- TOUX :	OUI	NON
- TEMPÉRATURE :	OUI	NON
- MAL DE TÊTE :	OUI	NON
- PERTE DE GOÛT :	OUI	NON

CONTACTS AVEC UNE PERSONNE SUSPECTÉE

OUI	NON	QUAND
-----	-----	-------

CONTACTS AVEC UNE PERSONNE MALADE

OUI	NON	QUAND
-----	-----	-------

ALLERGIE A L'IODE OUI

NON