

Questionnaire Médical Covid

	OUI	NON
Avez-vous été touché(e) par le Covid-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui avez-vous été dépisté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentez-vous des symptômes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'odorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de souffle inhabituel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été récemment en contact avec un patient Covid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>