

# Questionnaire Covid

Patient : Oster Clara

Avez-vous présenté un ou plusieurs des symptômes suivants :

Fièvre ( $>38^{\circ}$ ): "oui    ☒non

Toux : "oui    ☒non

Difficultés à respirer : ☒oui    "non

Perte du goût ou de l'odorat : "oui    ☒non

Syndrome grippal : ☒oui    "non

Contact sans masque avec une personne porteuse de la covid : ☒oui    "non

Etes-vous revenu d'un voyage à l'étranger ou d'un rassemblement de nombreuses personnes : "oui    ☒non