



AUTO QUESTIONNAIRE

Nom, prénom du visiteur :

Date de la visite :

Nom du résident visité :

1- Avez-vous eu les symptômes suivant dans les quinze derniers jours ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Signes digestifs |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Maux de gorge |
| <input type="checkbox"/> Ecoulement nasal | |
| <input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires | |

2- Avez-vous été en contact avec des personnes ayant eu ce type de symptômes dans les quinze derniers jours ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

3- Avez-vous été en contact avec des personnes ayant contractées le coronavirus ou en suspicion coronavirus dans les quinze derniers jours ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

Signature du visiteur :