

Au cours de 14 derniers jours, avez-vous eu:

- | | |
|---|---|
| Une fièvre supérieure à 37.5° ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Une toux inhabituelle ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Une fatigue inhabituelle ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Des maux de gorges ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Une perte brutale d'odorat et/ou de goût ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Un contact avec un cas de covid-19 confirmé ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |



**Attention : si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions nous ne
pourrons pas vous prendre en charge.**

**Nous vous demandons de contacter votre médecin traitant et/ou vous faire
dépister.**