

# RISQUE INFECTIEUX - COVID-19 - Questionnaire de santé adressé aux visiteurs

Consultez le document applicable sur la plateforme qualité de l'établissement

Date et heure de la visite : .....

Personne visitée : .....

Nom : ..... Prénom : .....

## Dans les 48 dernières heures :

- avez-vous eu de la fièvre ? Supérieure à 38°5 ?  
 OUI                       NON                      depuis : .....
- avez-vous des problèmes digestifs (diarrhées, vomissements) ?  
 OUI                       NON                      depuis : .....
- avez-vous des problèmes ORL ? (type Angine, Rhume, perte d'odorat, perte de goût)  
 OUI                       NON                      depuis : .....
- avez-vous eu de fortes céphalées (maux de tête) ?  
 OUI                       NON                      depuis : .....
- avez-vous souffert de problèmes respiratoires ? (toux, essoufflements inhabituels)  
 OUI                       NON                      depuis : .....
- avez-vous souffert de myalgies (douleurs, syndrome grippal) ?  
 OUI                       NON                      depuis : .....

Avez-vous dans votre entourage proche une personne testée positive au COVID-19 ?

OUI                       NON

Je déclare sur l'honneur de ne pas avoir pris d'antipyrétique dans les dernières 12h.

Je déclare sur l'honneur que les informations fournies sur ce document sont exactes

Fait à Saint Cyr au Mont d'Or, le .....

Signature :

## CADRE RESERVE A L'ETABLISSEMENT

Visite accordée

Visite refusée

