Club :……

Nom et Prénom :……

# QUESTIONNAIRE STADE « COVID-19 »

| | |
|---|---|
| OUI / NON | Avez-vous de la fièvre > 38°C ? |
| OUI / NON | Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous une difficulté à respirer ces derniers jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous une douleur dans la poitrine ces derniers jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous des maux de tête ces derniers jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat ces derniers jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous des éruptions cutanées ou des engelures ces derniers jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous de la diarrhée ces dernières 24 heures ? |
| OUI / NON | Avez-vous une perte de goût ou de l'odorat depuis 7 jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ? Si OUI (répondre à la question ci-dessous) |
| OUI / NON | Cette fatigue vous oblige-t-elle à vous reposer plus de la moitié de la journée ? |
| OUI / NON | Êtes-vous dans l'impossibilité de vous alimenter ou de boire depuis 24 h ou plus ? |
| OUI / NON | Avez-vous été en contact avec des personnes ayant eu la maladie COVID-19 ou suspectes depuis 7 jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous consulté un médecin pour des symptômes se rapportant à la maladie COVID-19 depuis 7 jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous été alerté d'un cas contact par l'application STOPCOVID depuis 7 jours ? |
| OUI / NON | Avez-vous eu un test PCR positif pour la maladie COVID-19 depuis 7 jours ? |

**VOUS ÊTES INVITÉ A NE PAS VOUS RENDRE AU STADE ET, LE CAS ECHEANT, VOUS ISOLER et CONSULTER UN MEDECIN si**

- ⇨ Vous avez la maladie Covid-19
- ⇨ Vous avez été en contact avec un malade du Covid-19
- ⇨ Si vous avez répondu "OUI" à une des questions ci-dessus