

Hrvatski (Croatian)

UPITNIK ZA PROCJENU RIZIKA OD ZARAZE SARS-COV-2 (COVID-19)

IME I PREZIME _____

KONTAKT TELEFONI _____

UPUTE ZA ISPUNJAVANJE PRIJE DOLASKA NA PRETHODNO NARUČENI PREGLED:

- AKO JE ODGOVOR **DA**, JAVITI SE TELEFONOM RECEPCIJI ILI VLASNIKU SMJEŠTAJNOG OBJEKTA
- UPISATI DATUM I VRIJEME ISPUNJAVANJA OBRASCA
- **POTPISATI SE NA KRAJU OBRASCA**

EPIDEMIOLOŠKA ANAMNEZA		
JESTE LI BEZ ZAŠTITNE OPREME I BEZ PROVEDBE ZAŠTITNIH MJERA BILI U PROSTORNO BLISKOM KONTAKTU SA OSOBOM ZARAŽENOM SARS-COV-2 (COVID-19)?	DA	NE
STANUJETE LI, ILI STE BORAVILI U STANU ILI DRUGOM PROSTORU S OSOBOM POD MJEROM ZDRAVSTVENOG NADZORA / IZOLACIJE ILI SUMNJE NA COVID-19?	DA	NE
JESTE LI ODSUPALI OD PREPORUKA U PROVEDBI PREVENTIVNIH MJERA NOŠENJA ZAŠTITNE MASKE I HIGIJENE RUKU PRILIKOM BORAVKA U JAVNOM PROSTORU?	DA	NE
JESTE LI TESTIRANI NA SARS-COV-2 (COVID-19)?	DA	NE

KLINIČKA ANAMNEZA		
JESTE LI PRILIKOM ISPUNJAVANJA OBRASCA ILI PRIJE IZMJERILI TJELESNU TEMPERATURU OD 37,2°C ILI VIŠU?	DA	NE
JESTE LI UNUTAR ZADNJA 2 TJEDNA IMALI BILO KOJI OD DALJE NABROJANIH SIMPTOMA BOLESTI, KOJI SE NAKON POJAVE ZADRŽAO DULJE OD JEDNOG DANA I ZA KOJI LIJEČNIK NIJE UTVRDIO RAZLOG:		
• kašalj	DA	NE
• temperatura	DA	NE
• otežano disanje	DA	NE
• bolovi u mišićima	DA	NE
• gubitak osjeta njuha i okusa	DA	NE
• glavobolja	DA	NE
• zimica	DA	NE
• tzv."crvene oči" - konjunktivitis	DA	NE

SMJEŠTAJNI OBJEKT _____

DANA _____ U _____ SATI

VLASTORUČNI POTPIS

Engleski (English)

SARS-COV-2 (COVID-19) RISK ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

NAME AND SURNAME _____

CONTACT PHONE NUMBERS _____

INSTRUCTIONS FOR COMPLETION:

- IF THE ANSWER IS **YES**, PLEASE CALL THE RECEPTION OR THE OWNER OF THE ACCOMMODATION ESTABLISHMENT
- FILL IN THE DATE AND TIME OF COMPLETING THE FORM
- **SIGN THE BOTTOM OF THE FORM**

EPIDEMIOLOGICAL ANAMNESIS		
WERE YOU IN CLOSE CONTACT WITH A PERSON INFECTED WITH SARS-COV-2 (COVID-19) WITHOUT PROTECTIVE EQUIPMENT OR FAILING TO CARRY OUT PROTECTIVE MEASURES?	YES	NO
DO YOU LIVE OR HAVE STAYED IN AN APARTMENT OR IN OTHER SPACE WITH A PERSON UNDER A MEDICAL SUPERVISION / ISOLATION MEASURE OR SUSPICION OF COVID-19?	YES	NO
DID YOU DEVIATE FROM THE RECOMMENDATIONS OF CARRYING OUT PREVENTIVE MEASURES OF WEARING A PROTECTIVE MASK AND MAINTAINING HAND HYGIENE WHILE BEING IN PUBLIC SPACES?	YES	NO
HAVE YOU BEEN TESTED FOR SARS-COV-2 (COVID-19)?	YES	NO

CLINICAL ANAMNESIS		
WHEN YOU MEASURED YOUR TEMPERATURE WHILE OR BEFORE COMPLETING THIS FORM, WAS IT 37.2°C OR HIGHER?	YES	NO
DID YOU HAVE ANY OF THE BELOW MENTIONED SYMPTOMS WITHIN THE LAST 2 WEEKS THAT LASTED LONGER THAN ONE DAY AFTER MANIFESTING, THE CAUSE OF WHICH THE PHYSICIAN COULD NOT IDENTIFY:		
• cough	YES	NO
• fever	YES	NO
• difficulty breathing	YES	NO
• muscle pain	YES	NO
• loss of smell and taste	YES	NO
• headache	YES	NO
• chills	YES	NO
• 'pink eye' - conjunctivitis	YES	NO

ACCOMMODATION ESTABLISHMENT _____

DATE _____ AT _____ HOURS

SIGNATURE

Njemački (Deutsch)

FRAGEBOGEN ZUR RISIKOEINSCHÄTZUNG SARS-COV-2 (COVID-19)

VOR- UND NACHNAME _____

KONTAKT-TELEFONNUMMERN _____

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN:

- WENN SIE EINE ODER MEHR FRAGEN MIT **JA** BEANTWORTET HABEN, MELDEN SIE SICH BITTE TELEFONISCH AN DER REZEPTION ODER DEM INHABER DES UNTERKUNFTSOBJEKTS
- DATUM UND ZEIT DES AUSFÜLLENS DES FORMULARS EINTRAGEN
- DAS FORMULAR **ZUM SCHLUSS UNTERZEICHNEN**

EPIDEMIOLOGISCHE ANAMNESE		
HATTEN SIE OHNE SCHUTZAUSRÜSTUNG UND OHNE SCHUTZMASSNAHMEN EINEN ENGEREN RÄUMLICHEN KONTAKT ZU EINER PERSON, DIE MIT DEM CORONAVIRUS SARS-COV-2 (COVID-19) INFIZIERT WAR?	JA	NEIN
WOHNEN SIE, ODER HABEN SIE SICH IN EINER WOHNUNG ODER EINEM ANDEREN RAUM MIT EINER PERSON AUFGEHALTEN, DER GESUNDHEITLICHE AUFSICHT/ISOLATION ANGEORDNET WURDE ODER BEI DER VERDACHT AUF COVID-19 BESTEHT?	JA	NEIN
SIND SIE VON DEN EMPFEHLUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG VON PRÄVENTIONSMASSNAHMEN DES TRAGENS EINER MASKE UND DER HANDHYGIENE BEI EINEM AUFENTHALT AN EINEM ÖFFENTLICHEN ORT ABGEWICHEN?	JA	NEIN
SIND SIE AUF SARS-COV-2 (COVID-19) GETESTET WORDEN?	JA	NEIN

KLINISCHE ANAMNESE		
HABEN SIE ZUM ZEITPUNKT DES AUSFÜLLENS DES FORMULARS ODER ZUVOR EINE KÖRPERTEMPERATUR VON 37,2°C ODER MEHR GEMESSEN?	JA	NEIN
HATTEN SIE IN DEN LETZTEN ZWEI WOCHEN EINES DER UNTEN ANGEFÜHRTEN KRANKHEITSSYMPTOME, DIE NACH ERSCHEINEN LÄNGER ALS EINEN TAG ANHIELTEN UND FÜR DIE DER ARZT KEINE URSACHE FESTGESTELLT HAT:		
• Husten	JA	NEIN
• Fieber	JA	NEIN
• Atemnot	JA	NEIN
• Muskelschmerzen	JA	NEIN
• Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes	JA	NEIN
• Kopfschmerzen	JA	NEIN
• Schüttelfrost	JA	NEIN
• sog. „rote Augen“ - Bindehautentzündung	JA	NEIN

UNTERKUNFTSOBJEKTOBJEKT _____

AM _____ UM _____ UHR

EIGENHÄNDIGE UNTERSCHRIFT

Talijanski (Italian)

QUESTIONARIO PER VALUTARE IL RISCHIO DEL CONTAGIO DA SARS-COV-2 (COVID-19)

NOME E COGNOME _____

NUMERI TELEFONICI DI CONTATTO _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO:

- SE LA RISPOSTA È **SÌ**, CHIAMARE LA RECEPTION O IL PROPRIETARIO DELLA STRUTTURA RICETTIVA
- INDICARE LA DATA E L'ORA DI COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO
- **APPORRE LA PROPRIA FIRMA IN CALCE AL QUESTIONARIO**

ANAMNESI EPIDEMIOLOGICA		
PRIVO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE E SENZA ADOTTARE ALCUNA MISURA DI PREVENZIONE, SONO STATO A STRETTO CONTATTO CON UNA PERSONA AFFETTA DA SARS-COV-2 (COVID-19)?	SÌ	NO
CONVIVO O HO SOGGIORNATO NELLA STESSA ABITAZIONE O IN UN ALTRO SPAZIO CHIUSO CON PERSONE SOTTOPOSTE A SPECIALE REGIME SANITARIO / ISOLAMENTO O CON PERSONE CHE SI SOSPETTA SIANO AFFETTE DA COVID-19?	SÌ	NO
HO SOGGIORNATO IN UN LUOGO PUBBLICO SENZA RISPETTARE LE RACCOMANDAZIONI CIRCA L'ADOZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE, COME L'USO DELLA MASCHERINA E L'IGIENE DELLE MANI?	SÌ	NO
HO FATTO IL TEST PER IL SARS-COV-2 (COVID-19)?	SÌ	NO

ANAMNESI CLINICA		
HO MISURATO LA FEBBRE MENTRE COMPILAVO O PRIMA DELLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ED AVEVO ALMENO 37,2°C?	SÌ	NO
HO AVVERTITO NELLE ULTIME 2 SETTIMANE E PER PIÙ DI UNA GIORNATA UNO DEI SOTTO ELENCATI SINTOMI DELLA MALATTIA CHE, PERÒ, NON È STATO RICONOSCIUTO COME TALE DAL MIO MEDICO CURANTE:		
• tosse	SÌ	NO
• febbre	SÌ	NO
• difficoltà respiratorie	SÌ	NO
• dolori muscolari	SÌ	NO
• perdita dell'olfatto e del gusto	SÌ	NO
• mal di testa	SÌ	NO
• brividi di freddo	SÌ	NO
• occhi arrossati - congiuntivite	SÌ	NO

NOME DELLA STRUTTURA RICETTIVA _____

DATA _____ ORE _____

FIRMA AUTOGRAFA

Slovenski (Slovenian)

VPRAŠALNIK ZA OCENO TVEGANJA ZA OKUŽBO S SARS-COV-2 (COVID-19)

IME IN PRIIMEK _____

KONTAKTNI TELEFONI _____

NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE:

- ČE JE ODGOVOR **DA**, SE JAVITE PO TELEFONU RECEPCIJI ALI LASTNIKU NAMESTITVENEGA OBJEKTA
- VPISATI DATUM IN ČAS IZPOLNJEVANJA OBRAZCA
- **PODPISIŠTE SE NA KONCU OBRAZCA**

EPIDEMIOLOŠKA ANAMNEZA		
ALI STE BILI V TESNEM STIKU Z OSEBO OKUŽENO S SARS-COV-2 (COVID-19) BREZ ZAŠČITNE OPREME IN BREZ IZVAJANJA ZAŠČITNIH UKREPOV?	DA	NE
ČE ŽIVITE ALI STE BILI SKUPAJ V STANOVANJU ALI V DRUGEM PROSTORU Z OSEBO, KI JE POD ZDRAVSTVENIM NADZOROM/V IZOLACIJI ALI S SUMOM NA COVID-19?	DA	NE
ALI STE ODPSTOPALI OD PRIPOROČIL ZA IZVAJANJE PREVENTIVNIH UKREPOV, KOT S UPORABA ZAŠČITNE MASKE IN HIGIENA ROK, KO STE BILI V JAVNEM PROSTORU?	DA	NE
ALI STE TESTIRANI ZA SARS-COV-2 (COVID-19)?	DA	NE

KLINIČNA ANAMNEZA		
ALI STE PRI IZPOLNJEVANJU OBRAZCA ALI PRED TEM IZMERILI TELESNO TEMPERATURO IN JE BILA 37,2°C ALI VIŠJA?	DA	NE
ALI STE V ZADNJIH DVEH TEDNIH IMELI KATERI KOLI OD SPODAJ NAVEDENIH SIMPTOMOV BOLEZNI, KI JE POTEM TRAJAL VEČ KOT EN DAN IN ZA KATEREGA ZDRAVNIK NI UGOTOVIL RAZLOGA:		
• kašelj	DA	NE
• temperatura	DA	NE
• težko dihanje	DA	NE
• bolečine v mišicah	DA	NE
• izguba čuta za vonj in okus	DA	NE
• glavobol	DA	NE
• mrzlica	DA	NE
• tako imenovane "rdeče oči" - konjunktivitis	DA	NE

NAMESTITVENI OBJEKT _____

DATUM _____ (VPIŠITE ČAS)

LASTNOROČNI PODPIS

Poljski (Polish)

ANKIETA OCENY RYZYKA ZAKAŻENIA SARS-COV-2 (COVID-19)

IMIĘ I NAZWISKO _____

TELEFONY KONTAKTOWE _____

INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁNIENIA:

- W PRZYPADKU ODPOWIEDZI **TAK**, PROSIMY O KONTAKT TELEFONICZNY Z RECEPCJĄ LUB WŁAŚCICIELEM OBIEKTU ZAKWATEROWANIA
- WPISAĆ DATĘ I GODZINĘ WYPEŁNIENIA FORMULARZA
- NA KOŃCU FORMULARZA NALEŻY SIĘ **PODPISAĆ**

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY		
CZY MIAŁ PAN/PANI BEZ ŚRODKÓW OCHRONNYCH I BEZ WDROŻONYCH ŚRODKÓW BEZPIECZEŃSTWA BLISKI KONTAKT PRZESTRZENNY Z OSOBĄ ZARAŻONĄ SARS-COV-2 (COVID-19)?	TAK	NIE
CZY MIESZKA PAN/PANI LUB PRZEBYWAŁ PAN/PANI W MIESZKANIU LUB INNYM MIEJSCU Z OSOBĄ OBJĘTĄ NADZOREM EPIDEMIOLOGICZNYM/ IZOLACJĄ, BĄDŹ PODEJRZANĄ O COVID-19?	TAK	NIE
CZY ZLEKCEWAŻYŁ PAN/PANI ZALECENIA DOTYCZĄCE REALIZACJI ŚRODKÓW ZAPOBIEGAWCZYCH W POSTACI NOSZENIA MASECZKI OCHRONNEJ I HIGIENY RĄK PRZY POBYCIE W MIEJSCU PUBLICZNYM?	TAK	NIE
CZY MIAŁ PAN/PANI WYKONANY TEST NA SARS-COV-2 (COVID-19)?	TAK	NIE

WYWIAD KLINICZNY		
CZY PRZY WYPEŁNIANIU FORMULARZA LUB WCZEŚNIEJ ODNOTOWAŁ PAN/PANI TEMPERATURĘ CIAŁA 37,2°C ALBO WYŻSZĄ?	TAK	NIE
CZY W OSTATNICH DWÓCH TYGODNIACH MIAŁ PAN/PANI KTÓREŚ Z WYMIENIONYCH OBJAWÓW CHOROBY, KTÓRE PO POJAWIENIU SIĘ UTRZYMAŁY SIĘ DŁUŻEJ NIŻ JEDEN DZIEŃ I PRZY KTÓRYCH LEKARZ NIE USTALIŁ PRZYCZYNY:		
• kaszel	TAK	NIE
• temperatura	TAK	NIE
• trudności w oddychaniu	TAK	NIE
• bóle mięśni	TAK	NIE
• utrata węchu i smaku	TAK	NIE
• ból głowy	TAK	NIE
• dreszcze	TAK	NIE
• tzw. „czerwone oczy” - zapalenie spojówek	TAK	NIE

OBIEKT ZAKWATEROWANIA _____

DNIA _____ O GODZ. _____

WŁASNORĘCZNY PODPIS

Češki (Czech)

DOTAZNÍK KVŮLI OMEZENÍ RIZIKA NÁKAZY VIREM SARS-COV-2 (COVID-19)

JMÉNO A PŘÍJMENÍ _____

KONTAKTNÍ TELEFONY _____

POKYNY PRO VYPLNĚNÍ:

- POKUD JE ODPOVĚĎ **ANO**, KONTAKTUJTE TELEFONICKY RECEPCI NEBO MAJITELE UBYTOVACÍHO ZAŘÍZENÍ
- UVÉST DATUM A ČAS VYPLNĚNÍ FORMULÁŘE
- **PROSÍME PODEPIŠTE SE NA KONCI FORMULÁŘE**

EPIDEMIOLOGICKÁ ANAMNÉZA		
BYLI JSTE V PROSTOROVĚ BLÍZKÉM KONTAKTU S OSOBU NAKAŽENOU VIREM SARS-COV-2 (COVID-19) BEZ OCHRANNÉHO VYBAVENÍ A BEZ PROVEDENÍ OCHRANNÝCH OPATŘENÍ?	ANO	NE
BYDLÍTE NEBO JSTE POBYVALI V BYTĚ NEBO JINÉ MÍSTNOSTI S OSOBU, KTERÉ BYLO ULOŽENO OPATŘENÍ ZDRAVOTNÍHO DOZORU / IZOLACE NEBO PODEZŘENÍ NA COVID-19?	ANO	NE
NEDODRŽOVALI JSTE DOPORUČENÍ OHLEDNĚ PROVÁDĚNÍ PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍ POUŽÍVÁNÍ ROUŠKY A HYGIENY RUKOU BĚHEM ZDRŽOVÁNÍ SE VE VEŘEJNÝCH PROSTORÁCH?	ANO	NE
JSTE TESTOVÁNI NA SARS-COV-2 (COVID-19)?	ANO	NE

KLINICKÁ ANAMNÉZA		
NAMĚŘILI JSTE PŘI VYPLNĚNÍ FORMULÁŘE NEBO DŘÍVE TĚLESNOU TEPLITU 37,2°C NEBO VYŠŠÍ?	ANO	NE
MĚLI JSTE BĚHEM POSLEDNÍCH 2 TÝDNŮ NĚKTERÝ Z NÍŽE UVEDENÝCH SYMPTOMŮ NEMOCI, KTERÝ PO OBJEVENÍ ZŮSTAL DÉLE NEŽ JEDEN DEN A ZA KTERÝ NEBYLA LÉKAŘEM USTANOVENA PŘÍČINA JEHO VZNIKU:		
• kašel	ANO	NE
• zvýšená teplota	ANO	NE
• ztížené dýchání	ANO	NE
• bolesti svalů	ANO	NE
• ztráta čichu a chuti	ANO	NE
• bolest hlavy	ANO	NE
• zimnice	ANO	NE
• tzv. „červené oči“ - konjunktivitida	ANO	NE

UBYTOVACÍ ZAŘÍZENÍ _____

DNE _____ V _____ HODIN

VLASTNORUČNÍ PODPIS

Mađarski (Hungarian)

KÉRDŐÍV A SARS-COV-2 (COVID-19) FERTŐZÉSVESZÉLY FENNÁLLÁSÁNAK ÉRTÉKELÉSÉRE

CSALÁDNÉV ÉS KERESZTNÉV _____
KONTAKT TELEFONSZÁMOK _____

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

- HA A VÁLASZ **IGEN**, HÍVJA FEL TELEFONON A RECEPCIÓT, VAGY A SZÁLLÁSHELY TULAJDONOSÁT
- ÍRJA BE A KÉRDŐÍV KITÖLTÉSÉNEK DÁTUMÁT ÉS IDŐPONTJÁT
- **ALUL ÍRJA ALÁ A KÉRDŐÍVET**

EPIDEMIOLOGIAI KÖRTÖRTÉNET		
VOLT-E TÉRBEN KÖZELI KONTAKTUSBAN VÉDŐFELSZERELÉS ÉS VÉDŐINTÉZKEDÉSEK VÉGREHAJTÁSA NÉLKÜL SARS-COV-2 (COVID-19) VÍRUSSAL FERTŐZÖTT SZEMÉLLEL?	IGEN	NEM
EGYÜTT LAKIK-E, VAGY EGYÜTT TARTÓZKODOTT-E EGY LAKÁSBAN, VAGY MÁS HELYSÉGBEN OLYAN SZEMÉLLEL, AKI JÁRVÁNYÜGYI MEGFIGYELÉS / IZOLÁCIÓ ALATT ÁLL, VAGY AKINÉL FENNÁLL A GYANÚJA A COVID-19 MEGBETEGEDÉSNEK?	IGEN	NEM
ELTEKINTETT-E A VÉDŐMASZK VISELÉSÉRE ÉS A KÉZHIGIÉNIÁRA VONATKOZÓ ELŐZETES INTÉZKEDÉSEKRE VONATKOZÓ AJÁNLÁSOK VÉGREHAJTÁSÁTÓL NYILVÁNOS HELYEN VALÓ TARTÓZKODÁS SORÁN?	IGEN	NEM
VÉGEZTEK ÖNNÉL TESZTELÉST SARS-COV-2 (COVID-19) VÍRUSRA?	IGEN	NEM

KÖRTÖRTÉNET		
A KÉRDŐÍV KITÖLTÉSEKOR, VAGY AZ ELŐTT MÉRT-E 37,2 °C VAGY ANNÁL MAGASABB TESTHŐMÉRSÉKLETET?	IGEN	NEM
AZ ELMÚLT 2 HÉT SORÁN ÉSZLELTE-E MAGÁN A FELSOROLT TÜNETEK BÁRMELYIKÉT, AMELY A MEGJELENÉS UTÁN TÖBB MINT EGY NAPIG TARTOTT, ÉS AMELYNEK OKÁT AZ ORVOS NEM ÁLLAPÍTOTTA MEG:		
• köhögés	IGEN	NEM
• láz	IGEN	NEM
• nehézlégzés	IGEN	NEM
• izomfájdalom	IGEN	NEM
• szaglás és ízlelés elvesztése	IGEN	NEM
• fejfájás	IGEN	NEM
• hidegrázás	IGEN	NEM
• ún. "piros szem" – kötőhártya-gyulladás	IGEN	NEM

SZÁLLÁSHELY _____
KELT _____, _____ ÓRAKOR

SAJÁT KEZŰ ALÁÍRÁS

Francuski (French)

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU RISQUE DE CONTAMINATION AU SARS-COV-2 (COVID-19)

PRÉNOM ET NOM _____

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE _____

INSTRUCTIONS CONCERNANT LES RÉPONSES À APPORTER AU QUESTIONNAIRE AVANT DE SE PRÉSENTER AU RENDEZ-VOUS :

- SI LA RÉPONSE EST **OUI**, CONTACTEZ LA RÉCEPTION OU LE PROPRIÉTAIRE DE L'HÉBERGEMENT PAR TÉLÉPHONE
- SAISISSEZ LA DATE ET L'HEURE DE REMPLISSAGE DU FORMULAIRE
- **SIGNER À LA FIN DU QUESTIONNAIRE**

ANAMNÈSE ÉPIDÉMIOLOGIQUE		
AVEZ-VOUS ÉTÉ EN CONTACT DIRECT AVEC UNE PERSONNE CONTAMINÉE PAR LE SARS-COV-2 (COVID-19) ALORS QUE VOUS NE PORTIEZ PAS D'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION ET SANS AVOIR APPLIQUÉ LES MESURES DE PROTECTION ?	OUI	NON
HABITEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SÉJOURNÉ DANS UN APPARTEMENT OU UN AUTRE ESPACE AVEC UNE PERSONNE VISÉE PAR DES MESURES DE SURVEILLANCE SANITAIRE/D'ISOLEMENT OU PRÉSUMÉE CONTAMINÉE PAR LE COVID-19 ?	OUI	NON
AVEZ-VOUS IGNORÉ LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'APPLICATION DES MESURES PRÉVENTIVES DE PORT D'UN MASQUE DE PROTECTION ET DES MESURES DE LAVAGE DES MAINS PENDANT UN SÉJOUR DANS UN LIEU PUBLIC ?	OUI	NON
AVEZ-VOUS ÉTÉ TESTÉ AU SARS-COV 2 (COVID-19) ?	OUI	NON

ANAMNÈSE CLINIQUE		
LORS DU REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE OU AVANT, VOTRE TEMPÉRATURE CORPORELLE S'ÉLEVAIT-ELLE À 37,2°C OU PLUS ?	OUI	NON
LORS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, AVEZ-VOUS PRÉSENTÉ L'UN DES SYMPTÔMES DE LA MALADIE ÉNUMÉRÉS CI-DESSOUS, QUI A PERDURÉ PLUS D'UNE JOURNÉE APRÈS SON APPARITION ET DONT LA CAUSE N'A PAS ÉTÉ DÉTERMINÉE PAR LE MÉDECIN :		
• toux	OUI	NON
• température	OUI	NON
• respiration difficile	OUI	NON
• douleurs musculaires	OUI	NON
• pertes de l'odorat et du goût	OUI	NON
• maux de tête	OUI	NON
• fièvre	OUI	NON
• « yeux rouges » - conjonctivite	OUI	NON

HÉBERGEMENT _____

DATE _____ À _____ HEURES

SIGNATURE MANUSCRITE