

Avez-vous eu de la fièvre ou une température supérieure à 38 ° C au cours des 3 derniers jours?

Oui Non

Avez-vous toussé ces derniers jours?

Oui Non

Votre poitrine vous a-t-elle fait mal récemment?

Oui Non

Avez-vous eu mal à la gorge ou le nez qui coule au cours des derniers jours?

Oui Non

Avez-vous été essoufflé ou avez-vous eu du mal à respirer?

Oui Non

Vous êtes-vous senti plus fatigué que d'habitude ces derniers temps?

Oui Non

Avez-vous récemment remarqué une diminution de l'odeur ou du goût des aliments?

Oui Non

Avez-vous récemment eu des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements ou de la diarrhée?

Oui Non

Avez-vous eu récemment des douleurs articulaires ou musculaires?

Oui Non

Avez-vous été avec une personne diagnostiquée ou soupçonnée de COVID-19?

Oui Non

Avez-vous actuellement une raison physique qui vous empêche de faire de l'exercice?

Oui Non