



QUESTIONNAIRE SANTÉ

Si vous ou un membre de votre famille, répondez oui à une de ces questions :

- Restez à la maison
- Informez votre pasteur (l'information restera confidentielle et ne sera partagée qu'avec les responsables du collège pastoral)

La personne qui a répondu « oui » à une de ces questions ne sera admise sur les lieux de l'église avant 14 jours à moins de présenter les résultats négatifs d'un test à la COVID-19

Nom : _____

Veuillez répondre aux 5 questions suivant ses :

1. Avez-vous ou un membre de votre famille, un ou des symptômes de la COVID-19, même s'ils sont légers ?
 - a. Fièvre, toux, difficulté respiratoire, perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale
 Oui Non
2. Êtes-vous ou un membre de votre famille, en attente du résultat du test de dépistage à la COVID-19 (sous investigation) ou venez-vous d'apprendre que le résultat est positif (cas confirmé) ?
 Oui Non
3. Habitez-vous sous le même toit qu'une personne sous investigation ou présentant des symptômes de la COVID-19 ?
 Oui Non
4. Avez-vous ou un membre de votre famille, été en contact étroit (moins de 2m et plus de 15 minutes) et sans protection avec une personne testée positive à la COVID-19 ?
 Oui Non
5. Répondez-vous (ou un membre de votre famille) oui à 2 des 3 questions suivantes ? ▪ Avez-vous un ou plusieurs des symptômes généraux suivants : fatigue intense inhabituelle sans raison évidente, douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles sans raison évidente, mal de tête inhabituel et/ou perte d'appétit ? ▪ Avez-vous eu de la diarrhée dans les 12 dernières heures ? ▪ Avez-vous eu un mal de gorge sans autre cause évidente ?
 Oui Non

Signature : _____, Date : _____

Veuillez remplir et imprimé ce questionnaire et le remettre à notre équipe médicale