**Questionnaire auto-diagnostic**

Cette fiche constitue un auto-diagnostic, il permet d’évaluer quotidiennement votre état de santé. En aucun cas, ce questionnaire ne donne lieu à des fiches recueillies et enregistrées.

**La présence d’un ou surtout de plusieurs de ces symptômes constitue une alerte.
Vous devez sans tarder contacter votre médecin traitant en respectant le plus possible la distanciation sociale.
Si les symptômes apparaissent au domicile, ne venez pas travailler et contactez par téléphone votre médecin traitant.
En cas d’aggravation et/ou d’apparition de difficultés respiratoires et de signes d’étouffement, appelez le Centre 15.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** |
| Pensez-vous avoir ou avoir eu de la **fièvre** ou sensation de fièvre ces derniers jours (frissons, sueurs) ?  |  |  |
| Avez-vous des **courbatures** ? |  |  |
| Depuis ces derniers jours, avez-vous une **toux** ou une augmentation de votre toux habituelle ? |  |  |
| Ces derniers jours, avez-vous noté une forte diminution ou perte de votre **goût ou de votre odorat** ?  |  |  |
| Ces derniers jours, avez-vous eu des **douleurs** : mal à la gorge, maux de tête ? |  |  |
| Ces dernières 24 heures, avez-vous eu des **troubles digestifs** : diarrhées (au moins 3 selles molles), douleurs abdominales, vomissement.  |  |  |
| Ces derniers jours, ressentez-vous une **fatigue inhabituelle** ? |  |  |
| Ces derniers jours, avez-vous eu des **lésions cutanées** avec ou sans démangeaisons |  |  |
| Dans les dernières 24 heures, avez-vous noté un **manque de souffle INHABITUEL** lorsque vous parlez ou faites un petit effort ? |  |  |