mon stade

Évaluation de votre statut COVID

QUESTIONNAIRE

Date de renseignement du questionnaire : ..... /..... /.....

NOM :

Prénom :

(Temps estimé : 2 minutes)

Ce questionnaire doit nous permettre d'écarter tous les risques de propagation de la maladie COVID pour vous et les personnes que vous allez côtoyer au cours de votre prise en charge dans les locaux de MON STADE.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant la case correspondante à votre situation.

Les informations que vous indiquez dans ce questionnaire seront protégées et analysées de manière pseudonyme pour la recherche.

Référence : ***Groupe Exercice Réadaptation Sport - Prévention (GERS-P) de la Société Française de Cardiologie (SFC) ; CLIN-EOH Cochin - Hôtel-Dieu***

1. DÉPISTAGE / VACCIN		
Avez-vous déjà eu une COVID (c'est-à-dire des symptômes) ?	oui	non
Si oui, à quelle date ?	..... /..... /.....	
Avez-vous eu un test PCR ou antigénique COVID positif ?	oui	non
Si oui, à quelle date ?	..... /..... /.....	
Avez-vous eu un test sérologique COVID positif ?	oui	non
Si oui, à quelle date ?	..... /..... /.....	
Avez-vous été vacciné contre la COVID ?	oui	non
Si oui, à quelle date ?	..... /..... /.....	
2. SYMPTÔMES ACTUELS OU DANS LES 7 JOURS PRÉCÉDENTS ***Avez-vous ressenti de façon récente et brutale un des signes suivants :***		
Fièvre, sensation de fièvre, frissons *Fièvre supérieure à 38°C*	oui	non
Symptômes respiratoires inhabituels *Toux, essouflements*	oui	non
Aggravation des symptômes respiratoires habituels	oui	non
Myalgies *"mal dans les muscles", courbatures.*	oui	non
Fatigue inexpliquée et inhabituelle	oui	non
Maux de tête en dehors d'une pathologie migraineuse connue	oui	non
Anosmie *Perte de l'odorat*	oui	non
Agueusie *Perte du goût*	oui	non
Diarrhée, vomissements, difficultés à manger	oui	non
3. CONTACT ET ENTOURAGE		
Avez-vous été en contact avec la COVID en dehors de votre domicile au cours des 15 derniers jours ? *Application "StopCovid", entourage avec test(s) PCR ou antigénique et/ou sérologique COVID positive, ...*	oui	non
Avez-vous été en contact avec la COVID dans votre domicile au cours des 3 dernières semaines ? *Entourage avec test(s) PCR ou antigénique et/ou sérologique COVID positive, ...*	oui	non

Signature :