



A Nom du client / organisme partenaire de l'Institut

Client individuel: _____

Organisme: _____

Représentant de l'organisme: _____

Note: il est de la responsabilité du représentant de l'organisme de transmettre le questionnaire et d'obtenir les réponses et le consentement de toutes les personnes de son organisme qui se présenteront dans nos locaux, et de nous aviser en cas de risque de transmission de Covid-19.

B Avez-vous des symptômes de Covid-19?

Sensation d'être fiévreux, frissons comme lors d'une grippe _____ Oui Non

Toux récente ou aggravation d'une toux chronique _____ Oui Non

Difficultés respiratoires ou essoufflement inhabituel _____ Oui Non

Perte d'odorat sans congestion nasale, avec / sans perte de goût _____ Oui Non

Congestion nasale et/ou mal de gorge _____ Oui Non

Mal de ventre/ diarrhée/ nausée/ vomissements, avec/sans perte d'appétit importante _____ Oui Non

Fatigue intense inhabituelle sans raison _____ Oui Non

Maux de tête inhabituels: _____ Oui Non

Douleurs musculaire inhabituelles: _____ Oui Non

C Contacts ou en attente de résultats?

Êtes-vous en attente d'un résultat de test de dépistage? _____ Oui Non

Avez-vous été en contact avec un cas Covid-19 depuis moins de 5 jours? _____ Oui Non

Avez-vous reçu la consigne de vous isoler (après voyage / contact Covid-19)? _____ Oui Non

D Responsabilités et consentement

- Si la réponse est OUI pour l'une ou l'autre de ces questions dans les 48 heures précédant une visite à l'Institut, je m'engage à en informer l'Institut dès que possible et à annuler mon rendez-vous
- J'ai été informé des mesures sanitaires à respecter lors d'une présence dans les locaux de l'Institut
- Je m'engage à vous aviser sans délai si un résultat positif à un test de COVID-19 est reçu dans les 5 jours suivant une présence dans vos locaux

Signature du client / représentant de l'organisme

Date