

Annexe 1 : Questionnaire d'aide à la prise de Rendez-vous lors du contact téléphonique

- Vous a-t-on diagnostiqué le COVID ?
 Oui Non Si oui quand ?
- Est-ce qu'un membre de votre famille a eu le COVID ?
 Oui Non
- Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID ces derniers 15 jours ?
 Oui Non
- Avez-vous eu de la fièvre ou des frissons ces derniers 15 jours ?
 Oui Non
- Avez-vous eu des courbatures ces derniers 15 jours ?
 Oui Non
- Avez-vous eu de la toux ou une augmentation de votre toux ces derniers 15 jours ?
 Oui Non
- Avez-vous eu une perte ou une diminution du goût ou de l'odorat ces derniers 15 jours ?
 Oui Non
- Avez-vous eu de la diarrhée ou plus de 3 selles molles par jour ces derniers 15 jours ?
 Oui Non
- Avez-vous eu une fatigue inhabituelle ces derniers 15 jours
 Oui Non
- Avez-vous du mal à vous alimenter ou à boire ces derniers jours ?
 Oui Non
- Avez-vous eu un manque de souffle, une gêne respiratoire ces derniers 15 jours ?
 Oui Non