**QUESTIONNAIRES POUR LA REPRISE APRÈS COVID-19**

**Nom : Prénom : Date :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Questionnaire n° 1**  **DéPISTAGE DES CAS SUSPECTS OU SYMPATOMATIQUES** | | | |
|  | OUI | NON | COMMENTAIRE |
| **Depuis le 1er janvier 2020, avez-vous ou quelqu’un de votre entourage a-t-il eu ou ressenti :** | | | |
| De la température > 38° C |  |  |  |
| Des frissons |  |  |  |
| Des courbatures |  |  |  |
| Une fatigue importante |  |  |  |
| Des maux de tête inhabituels |  |  |  |
| Des maux de gorge |  |  |  |
| Le nez qui coule, des crachats |  |  |  |
| Une perte de goût et/ou de l’odorat |  |  |  |
| Une perte d’appétit |  |  |  |
| Des douleurs thoraciques |  |  |  |
| Une toux |  |  |  |
| Un essoufflement inhabituel |  |  |  |
| Des douleurs abdominales et/ou une diarrhée |  |  |  |
| D’autres signes |  |  |  |
| **Avez-vous été :** | | | |
| Testé positif pour le Covid 19 ? |  |  |  |
| En contact étroit1 avec une personne positive pour le COVID-19 ou ayant eu certains des signes précédents ? |  |  |  |
| 1 *Un contact étroit est une personne qui, à partir de 24 h précédant l’apparition des symptômes d’un cas confirmé, a partagé le même lieu de vie ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d’1 mètre du cas ou pendant plus de 15 minutes.* | | | |
| Observation : | | | |

**Nom : Prénom : Date :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Questionnaire n° 2 :**  **DéPISTAGE D’UNE SYMPTOMATOLOGIE à L’EFFORT**  ***(ce questionnaire n’est valable que pour les pratiquants actifs ou très actifs. Dans le cas contraire, rechercher une symptomatologie similaire lors d’un exercice physique modéré ou demander un avis spécialisé)*** | | | | |
|  | OUI | NON | Commentaires ou description |
| Avez-vous effectué des activités physiques récemment / exercices habituels (entrainement courant) ? |  |  |  |
| Dans ce cadre avez-vous ressenti une fatigue inhabituelle ? |  |  |  |
| Avez-vous ressenti une gêne respiratoire ou un essoufflement inhabituel ? |  |  |  |
| * Au repos |  |  |  |
| * À l’effort modéré (marche) |  |  |  |
| * À l’effort soutenu (course) |  |  |  |
| Pouvez-vous courir 50 mètres ? |  |  |  |
| Pouvez-vous monter un étage en courant ? |  |  |  |
| Avez-vous eu une impression de fatigue musculaire inhabituelle ? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Si vous avez un traitement médical régulier, avez-vous eu l’impression qu’il ne suffisait plus, qu’il faudrait peut-être consulter le médecin qui vous suit ? |  |  |  |