

**Cahier vierge
Protocole
SEROCOV
Version 47**

19/05/2020 11:03

Visite d'inclusion

Identification

SEROCOV

Nom (première lettre)	_
Prénom (première lettre)	_
Numéro du centre	_ _ _
Nom de centre
Référence du patient
Nom de l'investigateur
Age	_ _ _ _
Sexe	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
Date de signature de consentement	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Date d'inclusion	_ _ / _ _ / _ _ _ _

Critères d'inclusion

1. Personnel médical ou paramédical permanent dans l'un des services participants. Oui Non

On entend ici par permanents les personnels du service,
qu'ils soient sur des postes pérennes ou non (donc y compris internes, chefs de cliniques...) par opposition aux personnels d'autres services qui y prennent des gardes ponctuellement.

2. Consentement écrit Oui Non

3. Personnel bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale Oui Non

Si l'un des items ci-dessus est à « Non », le participant ne peut être inclus dans l'étude

Critères de non inclusion

1. Personnel sans activité dans le service concerné pendant la période d'inclusion Oui Non

2. Personnel non permanent (prise occasionnelle de gardes, personnel du pool de l'hôpital, intérimaires), personnel administratif, personnel technique des services participants Oui Non

3. Personnel faisant l'objet d'une mesure de protection de justice Oui Non

Si l'un des items ci-dessus est à « Oui », le participant ne peut être inclus dans l'étude

Visite d'inclusion (Suite)

Données sociodémographiques

PM Interne/Externe
 CCA/AHU
 PA
 PHC
 PH
 MCU-PH
 PUPH

PNM AS
 IDE
 Cadre
 KINE
 Autre profession PNM

Préciser

Horaires de travail Jour
 Garde
 Nuit
 Mixte

Nombre de mois d'exercice dans le service |_|_|_|

Nombre de mois d'exercice dans le métier |_|_|_|

Prélèvement sanguin veineux Fait Non fait

Remise d'un carnet d'auto-surveillance hebdomadaire Oui Non

Visite intermédiaire

Visite Intermédiaire

Durant sa participation à l'étude, le personnel soignant a-t-il développé Oui Non

des symptômes significatifs (= entraînant une atteinte/ un changement

de sa qualité de vie) de syndrome viral clinique aigu ?

1 - A-t-il contacté l'investigateur ?

1 - A-t-il contacté l'investigateur ? Oui Non

A quelle date

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

2 - Préciser le type de symptômes

Signes généraux

- Fièvre (> 38°C)
- Courbatures
- Frissons
- Sueurs importantes
- Céphalées
- Perte du goût (agueusie)
- Perte de l'odorat (anosmie)

Respiratoires

- Toux
- Douleur de gorge
- Expectoration
- Dyspnée

Digestifs

- Nausées
- Vomissements
- Diarrhée
- Douleur abdominale

3 - Préciser la réalisation du prélèvement intermédiaire

(10 jours après le début des symptômes)

Prélèvement sanguin veineux Fait Non Fait

Si fait, date

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Diagnostic posé

.....

Prélèvement respiratoire virocult réalisé

Fait Non Fait

Si fait, date

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Résultat

.....

Visite de suivi M1

Visite de suivi M1

Date	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Prélèvement sanguin veineux	<input type="radio"/> Fait <input type="radio"/> Non Fait
Si fait, date	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Raison
Avez-vous eue des symptômes avant la visite d'inclusion (J1) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Quels ont été vos symptômes ?

Visite de fin d'étude M3

Visite de fin d'étude

Date	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Pendant les 3 derniers mois, avez-vous été absents ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, combien de jours (>= 7 jours) :	_ _ Jours
Prélèvement sanguin veineux :	<input type="radio"/> Fait <input type="radio"/> Non Fait
Récupération du carnet d'auto-surveillance :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Carnet perdu	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Collecte des signes en rétrospectif	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Préciser le type de symptômes :	
Signes généraux	<input type="checkbox"/> Fièvre (> 38°C) <input type="checkbox"/> Courbatures <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Sueurs importantes <input type="checkbox"/> Céphalées
Respiratoires	<input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Douleur de gorge <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Dyspnée
Digestifs	<input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Douleur abdominale
Application des mesures de Protection recommandées :	
En moyenne, durant les 3 mois de l'étude, sur une échelle de 0 à 5, comment qualifieriez-vous votre pratique concernant les mesures de protection individuelles : (0= jamais à 5= systématiquement)	
Port d'un masque chirurgical	_ (0-5)
Port d'un masque FFP2 pour réaliser les prélèvements naso-pharyngés (tout patient)	_ (0-5)
Port d'un masque FFP2 pour la prise en charge d'un cas confirmé COVID-19	_ (0-5)
Si port d'un masque (chirurgical ou FFP2 : changement toutes les 4h	_ (0-5)
Friction hydro-alcoolique avant et après tout contact avec un patient	_ (0-5)
Lavage des mains avant et après tout contact avec un patient	_ (0-5)

Carnet d'auto-évaluation

Statut tabagique

Statut tabagique :

Fumeur actif Fumeur Passif Non fumeur

Semaine1

Date d'évaluation | | | | / | | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1-Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent ? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3), Oui Non

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes Oui Non

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ? Véhicule personnel
- Transport en commun
- A pied
- Vélo/trottinette
- Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service

Semaine2

Date d'évaluation | | | | / | | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1- Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3), Oui Non

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes Oui Non

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ?
- Véhicule personnel
 - Transport en commun
 - A pied
 - Vélo/trottinette
 - Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service

Semaine3

Date d'évaluation | | | | / | | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1- Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3), Oui Non

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes Oui Non

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ?
- Véhicule personnel
 - Transport en commun
 - A pied
 - Vélo/trottinette
 - Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service

Semaine4

Date d'évaluation | | | / | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1-Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3), Oui Non

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes Oui Non

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ? Véhicule personnel
- Transport en commun
- A pied
- Vélo/trottinette
- Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service

Semaine5

Date d'évaluation | | | | / | | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1- Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3), Oui Non

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes Oui Non

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ?
- Véhicule personnel
 - Transport en commun
 - A pied
 - Vélo/trottinette
 - Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service

Semaine6

Date d'évaluation | | | | / | | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1-Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3), Oui Non

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes Oui Non

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ?
- Véhicule personnel
 - Transport en commun
 - A pied
 - Vélo/trottinette
 - Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service

Semaine7

Date d'évaluation | | | | / | | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1-Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3), Oui Non

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes Oui Non

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ? Véhicule personnel
- Transport en commun
- A pied
- Vélo/trottinette
- Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service

Semaine8

Date d'évaluation | | | | / | | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1-Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3), Oui Non

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes Oui Non

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ? Véhicule personnel
- Transport en commun
- A pied
- Vélo/trottinette
- Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service

Semaine9

Date d'évaluation | | | | / | | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1- Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3),

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ?
- Véhicule personnel
 - Transport en commun
 - A pied
 - Vélo/trottinette
 - Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service

Semaine10

Date d'évaluation | | | | / | | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1-Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3),

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ?
- Véhicule personnel
- Transport en commun
- A pied
- Vélo/trottinette
- Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service

Semaine11

Date d'évaluation | | | | / | | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1-Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3), Oui Non

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes Oui Non

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ?
- Véhicule personnel
- Transport en commun
- A pied
- Vélo/trottinette
- Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service

Semaine12

Date d'évaluation | | | / | | | / | | | | | |

Si vous ressentez, de manière significative (=entraînant une atteinte/un changement de votre qualité de vie), un des symptômes suivants, merci de contacter le PM référent. Merci de répondre aux 8 questions suivantes.

1-Au cours de la semaine précédente, avez-vous été absent? Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

2 - Au cours de la semaine, avez-vous eu :

- de la fièvre (>38°C) : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des courbatures : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des frissons : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des sueurs importantes : Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

- des céphalées: Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte de l'odorat (anosmie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

-perte du goût (agueusie) Oui Non

Si oui, combien de jours | | | | | |

3 - Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, avez-vous eu :

- signes respiratoires : toux, douleur de gorge, expectoration, dyspnée Oui Non

- signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale Oui Non

4 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes (2 ou 3), Oui Non

avez-vous dû être arrêté pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

5 - Si vous avez répondu OUI à l'une des questions précédentes Oui Non

avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Si oui, combien de jours | | | | | |

6 - Un diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

7 - Avez-vous été en contact avec un cas documenté ? Oui Non

- 8- Quel est votre moyen de transport régulier pour venir au travail ?
- Véhicule personnel
- Transport en commun
- A pied
- Vélo/trottinette
- Autres

Préciser

Préciser Personnel Libre-service