



Avant de pratiquer votre test sérologique Covid 19

Nous souhaitons recueillir certaines informations. Nous vous assurons la stricte confidentialité de vos réponses. Si vous le permettez, elles pourront être utilisé anonymement à des fins d'étude épidémiologique.

Je donne mon accord pour que les réponses à ce questionnaire soit utilisées en vue d'une étude épidémiologique.

- Oui
- Non

Si oui, vous êtes

- Un homme
- Une femme

Vous êtes né en (année de naissance)

Votre poids

Votre taille

Vous pouvez bien évidemment garder vos réponses et les transmettre à votre médecin traitant.

Mettez une croix dans la ou les cases de votre ou vos réponses

Souffrez-vous en ce moment de	Toux	Difficulté à respirer ou à parler	Fièvre	Perte de l'odorat ou du goût	Diarrhée	Maux de gorge
Avez-vous souffert de	Toux	Difficulté à respirer ou à parler	Fièvre	Perte de l'odorat ou du goût	Diarrhée	Maux de gorge
Avez-vous séjourné dans un milieu confiné avec d'autres personnes ?	Oui	Non	Ne sait pas			
Avez-vous bénéficié d'un test virologique ?	Oui	Si oui positif	Si oui négatif	Non	Ne sait pas	
Qu'attendez-vous de ce test ?	un certificat		une confirmation	Ne sait pas		

Ce document a été conçu

par le

