



## AUTO-QUESTIONNAIRE ENFANT(S) ET ACCOMPAGNANT(S)

### ASSOCIATION HANDICAP ESPOIR OSTEOPATHIE (HEO)

Cet auto-questionnaire est destiné à s'assurer, selon un principe de précaution, que vous ne présentez pas de signes ou symptômes rencontrés dans le repérage du COVID-19 (enfant(s) et adulte(s) accompagnant(s), ou que vous n'avez pas été en contact avec des personnes potentiellement malades.

**Au regard des questions posées, l'exactitude de vos réponses est importante pour votre propre santé, celle de votre ou de vos enfant(s) et des personnes intervenant à l'Association Handicap Espoir Ostéopathie (HEO). Ce questionnaire devra être complété le jour des soins et remis au secrétariat Planning.**

**Si une des réponses est positive, merci de contacter immédiatement le secrétariat planning au 06.95.46.94.20 ou la représentante COVID-19 au 06.20.27.71.08.**

Les informations recueillies sont confidentielles. Elles ne seront ni enregistrées, ni conservées.

**Vous devez apporter réponse à chacune des questions numérotées de 1 à 12 en entourant chaque réponse.**

	SYMPTÔMES	ENFANT/ ADULTE		PARENT ACCOMPAGNANT	
1	Avez-vous été atteint du COVID 19 dans les 15 derniers jours ?	Oui	Non	Oui	Non
<b>Présentez-vous ce jour ou avez-vous présenté dans les 48 heures précédentes un des signes suivants :</b>					
2	De la fièvre (température égale ou supérieur à 37,8) ?	Oui	Non	Oui	Non
3	Des courbatures ?	Oui	Non	Oui	Non
4	De la toux ?	Oui	Non	Oui	Non
5	Des signes ORL : rhume, angine, pharyngite (en dehors de la rhinite ou d'une conjonctivite allergique diagnostiquée ?	Oui	Non	Oui	Non
6	Une perte de l'odorat sans nez bouché ou une perte du goût des aliments (distincte de la perte d'appétit) ?	Oui	Non	Oui	Non
7	Des mots de tête inhabituels ?	Oui	Non	Oui	Non
8	Des troubles digestifs (nausée, vomissement, diarrhée) ?	Oui	Non	Oui	Non
9	Une fatigue inhabituelle ?	Oui	Non	Oui	Non
10	D'Autres signes comme des moments de désorientation ou des chutes inexpliquées ?	Oui	Non	Oui	Non
11	Avez-vous été en contact avec une personne atteinte de COVID 19 ?	Oui	Non	Oui	Non
12	Avez-vous été en contact avec une personne qui présentait l'un des signes mentionnés dans les questions 1 à 10 ?	Oui	Non	Oui	Non

**Merci pour vos réponses.**

**N'hésitez pas à contacter le secrétariat planning ou la représentante COVID-19 si vous ou votre entourage présente des signes particuliers.**

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

J'atteste avoir sincèrement rempli l'auto-questionnaire.

Date et signature :