**Questionnaire COVID-19**

Prénom:

Nom:

1. Avez-vous voyagé à l’extérieur du pays dans les 15 derniers jours?

OUI [ ]  NON [ ]

1. Avez-vous été en contact avec une personne qui à voyagé à l’extérieur du pays dans les derniers 15 jours?

OUI [ ]  NON [ ]

1. Avez-vous été en contact avec une personne infectée de la COVID-19 dans les derniers 15 jours?

OUI [ ]  NON [ ]

1. Avez-vous l’un des symptômes suivants :

Toux / Rhume / Grippe / Fièvre / Infections saisonnières /pneumonie / difficulté à respirer / perte soudaine de l’odorat sans congestion nasale ou sans perte de goût

OUI [ ]  NON [ ]

Si oui, avez-vous consulté un médecin?

OUI [ ]  NON [ ]

1. Éprouvez-vous l’un des symptômes suivants qui ne sont pas liés à une cause connue (comme par exemple : arthrite, allergies, blessures récentes) :

Mal de gorge / Mal de tête / Douleurs musculaire / Fatigue Intense / Nez qui coule / Perte importante de l’appétit / Diarrhée

OUI [ ]  NON [ ]

Nous vous prions de bien vouloir suivre nos protocoles de contrôle des infections lors de votre visite. Respecter l’hygiène des mains, le port d’un masque si possible et l’étiquette respiratoire.

Merci de votre collaboration.

Je soussigné(e) déclare avoir répondu au questionnaire ci-haut au meilleur de ma connaissance. Il est de ma responsabilité d’aviser l’esthéticienne de tout changement.

Signature :

Date :