

CVVB : autoévaluation de votre état de santé"

Remplissez avec soin le formulaire ci-dessous :

Votre nom :

Votre prénom :



- **Fièvre**
Avez-vous eu dans les huit jours précédents une fièvre ou une sensation d'être fiévreux (même non mesurée) ?
oui non
- **Toux**
Présentez-vous depuis un ou deux jours, une toux inhabituelle ?
oui non
- **Courbatures**
Présentez-vous des courbatures, en dehors d'une raison explicable tels que jardinage intempestif, vélo d'appartement, effort soutenu...?
oui non
- **Maux de tête**
Avez-vous eu des maux de tête dans les deux jours précédents, qui ont nécessité la prise de paracétamol ?
oui non
- **Mal de gorge (dysphagie)**
Avez-vous eu dans les jours précédents, un mal de gorge avec difficulté à avaler, ou une sensation de brûlure de la gorge?
oui non
- **Perte de l'odorat / sensibilité gustative**
Avez-vous la sensation de ne pas sentir, ni goûter les aliments comme auparavant ?
oui non
- **Diarrhées**
Avez-vous eu un épisode diarrhéique dans les jours précédents ?
oui non
- **Essoufflement**
Avez-vous la sensation, à effort équivalent, d'être plus essoufflé, en ayant des difficultés à « reprendre votre souffle » ?
oui non

Si vous répondez oui à une ou plusieurs questions, restez chez vous et contactez votre médecin traitant. Informez le club.

Date :

Signature :