

## Auto-diagnostic/questionnaire

NOM : ..... Prénom : .....

Evènement : .....

Date : .....

Avez-vous été atteint de la Covid-19 dans les 7 derniers jours ?

Avez-vous été en contact rapproché (face à face, à moins d'1m, supérieur à 15mn, sans masque) avec une personne testée positive pour la COVID-19 dans les 7 derniers jours ?

Avez-vous présenté dans les 7 derniers jours, de façon inhabituelle, l'un des signes suivants :

- De la fièvre (température égale ou supérieure à 37,8°C) ?
- Perte brutale du goût et de l'odorat
- Des courbatures ?
- De la toux ?
- Des signes ORL : rhume, angine, pharyngite (en dehors de la rhinite ou d'une conjonctivite allergique diagnostiquée) ?
- Des maux de tête ?
- Des troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée) ?
- Une fatigue ?
- D'autres signes comme des moments de désorientation ou chutes inexplicables ?

Avez-vous été en contact avec une personne qui présentait l'un des signes mentionnés

Pour les sportifs blessés médullaires :

Avez-vous présenté les 7 derniers jours l'un des signes suivants :

- signes d'Hyper-Reflexie-Autonome pour les personnes médullo-lésés au-dessus de T6 ;
- spasticité inhabituelle ;
- douleurs neuropathiques ;
- fatigue inhabituelle.



**En cas de réponse positive** à au moins une des questions,

**Ne participez pas à l'activité ! Demandez un avis médical.**