**Questionnaire de Vérification de la Santé Covid-19**

**Nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ID\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Avez-vous actuellement une fièvre de 100.4 degrees F. ou plus?

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non

1. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous eu l'un des symptômes suivants ? (sélectionnez tout ce qui s'applique)

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non Toux

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non Essoufflement ou difficulté à respirer

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non Des frissons

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non Tremblements répétés accompagnés de frissons

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non Douleurs musculaires

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non Mal à la tête

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non Mal à la gorge

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non Perte de goût ou de l' odorat récemment

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non Fatigue

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non Congestion ou écoulement nasal

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non Nausées ou vomissements

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non De la diarrhée

3. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous obtenu un résultat positif à un test de COVID-19 testant la salive ou utilisant un écouvillon de nez ou de gorge ? (pas un test sanguin)

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non

1. Vous rentrez de vacances ?

\_\_\_\_\_\_Oui\_\_\_\_\_\_\_Non

Si oui, quel État/pays/territoire avez-vous visité ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(doit être vérifié par rapport à la liste des restrictions de voyage de la NJ avant l'entrée)

1. Contrôle de la température \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_