URGENCE SANITAIRE COVID -19

Attestation à remplir et à signer avant chaque relève

- **Depuis les quinze derniers jours, avez-vous été <u>confiné</u> à domicile ?**

  Oui Non

- **Pendant cette période, avez-vous suivi d'une manière stricte, les consignes de confinement émises par le gouvernement ?**

  Oui Non

- **Depuis les quinze derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne <u>atteinte du Covid-19</u>, possible ou confirmée (2 jours avant l'apparition des symptômes et 14 jours après) ?**

  Oui Non

- **Depuis les quinze derniers jours ? avez-vous été en contact avec un malade ou un cas possible à moins d'un mètre pendant une durée de 15 minutes ?**

  Oui Non

- **Durant les quinze derniers jours, avez-vous présenté pendant cette période, des signes d'infection par le Covid-19** : fièvre même modérée supérieure ou égale à 38° lors de deux mesures effectuées à une heure d'intervalle associée à l'un des signes suivants : fatigue, toux sèche persistante, éternuements, oppression thoracique, perte du goût ou de l'odorat.

  Oui Non

Je soussigné , matricule .....

Certifie sur l'honneur avoir répondu en toute loyauté à ce questionnaire.

Fait à Le

<u>Signature</u>