

Au cours des dernières 24 heures avez-vous eu de la fièvre\* ou avez-vous pris des médicaments qui font baisser la fièvre ?

**OUI =**



Vous sentez-vous malade, avez-vous eu des vomissements/diarrhée, de la fièvre\*, un mal de gorge ou vous êtes-vous senti(e) mal ?

**OUI =**



Vous a-t-on dit de rester à la maison et de vous isoler / mettre en quarantaine en raison d'une exposition à la COVID-19 ?

**OUI =**