

QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE COVID-19 - PLONGEURS SCUBA
SCREENINGVRAGENLIJST COVID-19 - SCUBA DUIKERS

NOM: NAAM:	Prénom: Voornaam:
Date de naissance: Geboortedatum:	

QUESTIONNAIRE – VRAGENLIJST

A REMPLIR PAR LE PLONGEUR /IN TE VULLEN DOOR DE DUIKER

	Yes	No
Avez-vous été en contact avec un cas possible ou confirmé de COVID-19 ces 45 derniers jours? Hebt u de voorbije 45 dagen contact gehad met een mogelijk of bevestigd geval van COVID-19?		
Vous sentez-vous malade ? Voelt U zich ziek ?		
Avez-vous, ou avez-vous présenté ces 45 derniers jours un des symptômes suivants ? Hebt U, of heeft U de afgelopen 45 dagen volgende symptomen gehad?		
Koorts of koude rillingen - Fièvre ou frissons		
Algemeen zwaktegevoel - Faiblesse générale		
Hoest – Toux		
Keelpijn - Maux de gorge		
Loopneus - Ecoulement nasal		
Verlies van reuk- of smaakzin – Perte du goût et/ou de l’odorat		
Kortademigheid - Essoufflement		
Diarree - Diarrhée		
Misselijkheid/braken – Nausée/vomissement		
Hoofdpijn – Maux de tête		
Pijn (spier, borst, buik, gewrichten) – Douleur (muscles, poitrine, ventre, articulations)		

**J'affirme sur l'honneur que les réponses sont sincères et honnêtes.
Ik bevestig op mijn eer dat de antwoorden oprecht en eerlijk zijn.**

Date/Datum:

Signature/Handtekening: