Annexe Protocole Sanitaire

-

Questionnaire d'auto évaluation Sanitaire

En période de Coronavirus

Avez-vous été atteint du Covid-19 ? Ou une forte suspicion d'avoir été contaminé ?		Oui	Non
Avez-vous présenté ou présentez-vous actuellement un ou plusieurs des signes de la liste suivante :		Oui	Non
Signes généraux :	Fièvre, Température >38°	Oui	Non
	Frissons	Oui	Non
	Maux de tête	Oui	Non
	Fatigue persistante inhabituelle	Oui	Non
	Troubles de l'équilibre - chute	Oui	Non
Signes Respiratoires :	Toux	Oui	Non
	Expectoration (crachats)	Oui	Non
	Essoufflement	Oui	Non
Signes ORL :	Maux de gorge	Oui	Non
	Nez bouché	Oui	Non
	Eternuements	Oui	Non
	Anosmie – perte de l'odorat	Oui	Non
	Agueusie – perte du goût	Oui	Non
Signes oculaires :	Conjonctivite	Oui	Non
	Démangeaisons des paupières	Oui	Non
Signes digestifs bas :	Douleurs abdominales	Oui	Non
	Diarrhées	Oui	Non
Signes digestifs hauts :	Nausées	Oui	Non
	Vomissements	Oui	Non
Douleurs :	Musculaires – courbatures	Oui	Non
	Articulaires	Oui	Non
Problèmes de peau	Urticaire	Oui	Non
	Engelures récentes des extrémités	Oui	Non
Avez-vous ressenti d'autres sensations inhabituelles ?		Oui	Non
Avez-vous la sensation d'être déprimé, sans ressort ?		Oui	Non
Avez-vous une modification importante de votre poids (+/- 3 kgs) ?		Oui	Non
Etes-vous /avez-vous été en contact ces 14 derniers jours avec une personne diagnostiquée Covid ?		Oui	Non
Etes-vous /avez-vous été en contact avec une personne présentant l'un des signes mentionnés ci-dessus ?		Oui	Non

Dans le cas d'une réponse OUI à l'une ou a plusieurs de ces questions, il est recommandé de procéder à un un test de dépistage PCR, et de prévenir l'organisateur.
L'organisateur pourra refuser l'accès sur les espaces de la course, et refuser la participation d'un skipper.

Nom : **Numéro de Bateau :**

Date : **Signature :**