

COMMENT VOUS-ÊTES VOUS SENTI CES DERNIERS JOURS ?



**Je me suis senti
très bien.**



**Je me suis senti
plutôt bien.**



**Je me suis pas
senti très bien.**

AVEZ-VOUS EU UN DE CES SYMPTÔMES CES DERNIERS JOURS ?

- De la toux
- De la fièvre
- Des difficultés respiratoires
- Perte du goût et de l'odorat
- Une augmentation de la fatigue
- Des courbatures
- De la diarrhée
- Des frissons
- Un mal de gorge
- Des maux de tête
- Des douleurs thoraciques

Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID-19 ou été exposé au coronavirus?