

LE COVID19 POUR LES INTELLIGENTS QUI S'IGNORENT

Tout ce que vous voulez savoir sur le covid19 sans jamais oser le demander

Questionnaire COVID19

INFORMATIONS PERSONNELLES

DEPARTEMENT			
SEXE	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> H	
AGE			
TAILLE (m)			
POIDS (kg)			

ETAT DE SANTE

Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies chroniques ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui détaillez (insuffisance respiratoire, asthme, diabète, cancer, hypertension artérielle, atteinte cardiaque, insuffisance rénale, lupus, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, allergies...)			
Quels sont les médicaments que vous prenez en lien avec cette ou ces maladies : (donner le nom des médicaments)			
Avez-vous eu des symptômes grippaux ressemblant au COVID19	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous été diagnostiqués COVID par un médecin d'après vos symptômes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous eu un résultat PCR négatif au test de dépistage COVID19 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Absence de symptômes grippaux depuis le début de la pandémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

SYMPTOMES

Etat général			
Fièvre	<input type="checkbox"/> $\leq 37^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/> $> 37^{\circ}\text{C} \leq 38^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/> 38°C
Courbatures	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Douleurs musculaires (myalgie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Frissons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Fatigue intense (asthénie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Troubles neurologiques			
Maux de tête violents (céphalée)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Perte du goût (agueusie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Perte de l'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, ni écoulement du nez	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Troubles de la vue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Troubles de l'audition	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Perte d'élocution	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Perte de motricité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Syncope	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Etourdissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

LE COVID19 POUR LES INTELLIGENTS QUI S'IGNORENT

Tout ce que vous voulez savoir sur le covid19 sans jamais oser le demander

Troubles au niveau de la sphère ORL			
Quinte de toux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Toux sèche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Eternuements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Crachats avec du sang	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Nez qui coule (rhinorrhée)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Nez bouché (obstruction nasale)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Difficultés respiratoires (dyspnée)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Essoufflements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Sensation d'oppression au niveau du thorax	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Troubles dermatologiques			
Urticaire (éruption cutanée)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Tâches rouges sur visage ou corps (érythème)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Rougeurs persistantes et douloureuses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Conjonctivites	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Décoloration des doigts ou orteils	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Aspect de pseudo-engelures aux extrémités (acrosyndrome)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Troubles digestifs			
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Troubles cardiaques			
Troubles du rythme cardiaque (arythmie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Augmentation de la pression artérielle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Maintenant que vous avez rempli le questionnaire, il ne vous reste plus qu'à le scanner ou le photographier et le joindre avec les résultats de votre analyse sérologique à :

contact@mdavid19.com

Merci pour votre participation et n'oubliez-pas de vous inscrire à ma newsletter pour être destinataire des résultats de cette étude.

Take care,

M. E. DAVID



LE COVID19 POUR LES INTELLIGENTS QUI S'IGNORENT