

## AUTO-QUESTIONNAIRE PRATIQUANT/ENCADRANT AVANT LA REPRISSE DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES DANS LE CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE DU COVID 19

<i><b>QUESTIONNAIRE A RENSEIGNER PAR LE PRATIQUANT ou ENCADRANT à l'ADMISSION</b></i>		
<i><b>Depuis le début du confinement, avez-vous présenté un épisode de ...</b></i>	<i><b>OUI</b></i>	<i><b>NON</b></i>
<i>1- Fièvre (Température sup. ou égale à 38°C sur plusieurs prises) ?</i>		
<i>2- Toux récente ou une toux aggravée sur plusieurs jours ?</i>		
<i>3- Gêne respiratoire récente ou aggravée ?</i>		
<i>4- Douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?</i>		
<i>5- Douleurs abdominales, des nausées ou de la diarrhée ?</i>		
<i>6- Maux de gorge ou un écoulement nasal ?</i>		
<i>7- Fatigue importante et anormale ?</i>		
<i>8- Maux de tête inhabituels ?</i>		
<i>9- Perte du goût et/ou de l'odorat ?</i>		
<i>10- Variations anormales de la fréquence cardiaque ou des palpitations ?</i>		
<i><b>Avez-vous ...</b></i>	<i><b>OUI</b></i>	<i><b>NON</b></i>
<i>11- Fait l'objet d'un test au Covid 19 ?</i>		
<i>12- Été testé positif au Covid 19 ?</i>		
<i>13- Été en contact prolongé (+ de 15 mn à moins d'1 m) dans les 15 derniers jours avec une personne testée positive au Covid 19 ou en présentant des symptômes ?</i>		

Si réponse **NON** à toutes les questions, admission possible dans les conditions identiques à celle d'avant l'apparition du Covid 19

Si réponse **OUI** à une des questions (sauf la 11), nécessité de consulter un médecin avant la reprise ou le début de la plongée dans le respect de l'annexe médicale produite à cet effet par la FFESSM.

*Je soussigné reconnais avoir été informé qu'en l'état des connaissances sur le Covid 19, d'éventuelles séquelles liées à cette contamination pourraient générer des conséquences dans le cadre de la pratique des activités subaquatiques.*

**Nom :**

**Prénom :**

**Date :**

**Signature :**