

Cette grille est à remplir matin et soir

Appeler ou revoir votre médecin au 4ème, 7ème et 14ème jour ou en cas d'aggravation d'un symptôme



COVID-19 Grille d'auto-évaluation

Date	Température	Perte du goût	Perte de l'odorat	Pouls	Tension	Durée de l'apnée	Saturation	Frissons	Courbatures	Maux de tête	Toux	Gêne respiratoire	Vomissements ou diarrhées	En apnée, comptez à haute voix et notez le chiffre
Indiquez votre ressenti de 1 à 10, 1 = quasiment nul et 10 = maximum														

Date	Température	Perte du goût	Perte de l'odorat	Pouls	Tension	Durée de l'apnée	Saturation	Frissons	Courbatures	Maux de tête	Toux	Gêne respiratoire	Vomissements ou diarrhées	En apnée, comptez à haute voix et notez le chiffre
------	-------------	---------------	-------------------	-------	---------	------------------	------------	----------	-------------	--------------	------	-------------------	---------------------------	--

Indiquez votre ressenti de 1 à 10, 1 = quasiment nul et 10 = maximum
