

Nom et prénom du patient : né(e) le

Nom et prénom de l'assuré si le patient n'est pas lui-même l'assuré :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL Covid19

1	Avez-vous contracté le coronavirus ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---	--------------------------------------	------------------------------	------------------------------

2	Si vous l'avez contracté, êtes-vous guéri(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---	--	------------------------------	------------------------------

3	Si vous avez répondu oui aux questions 1 et 2, avez-vous bénéficié d'un test sérologique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---	--	------------------------------	------------------------------

4	Êtes-vous vacciné(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses

5	Êtes-vous en contact étroit avec une personne avérée Covid19 (personne en quatorzaine) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---	--	------------------------------	------------------------------

6	Si vous présentez actuellement un ou plusieurs des symptômes suivants, cochez celui ou ceux qui vous concernent, sinon cochez NON	
	<input type="checkbox"/> fièvre supérieure à 38°C	
	<input type="checkbox"/> sensation de fièvre et frissons	
	<input type="checkbox"/> toux persistante	
	<input type="checkbox"/> difficultés respiratoires	
	<input type="checkbox"/> perte soudaine du goût ou de l'odorat	
	<input type="checkbox"/> diarrhées inhabituelles	
	<input type="checkbox"/> maux de tête inhabituels	
	<input type="checkbox"/> une fatigue intense soudaine	
		<input type="checkbox"/> NON

*Je certifie que les informations fournies au docteur
sont complètes et sincères, et je m'engage à lui signaler toute modification éventuelle de mon
état de santé ou de celui de mon enfant.*

A Bordeaux, le

Signature du patient ou d'un responsable légal pour les patients mineurs :