

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 ?  
 OUI  NON

2 Si vous l'avez contracté, êtes-vous guéri(e) ?  
 OUI  NON

3 Si vous avez répondu oui aux questions 1 et 2, avez-vous bénéficié d'un test sérologique ?  
 OUI  NON

4 Êtes-vous vacciné(e) ?  
 OUI  NON  
 1 dose  2 doses  3 doses

5 Êtes-vous en contact étroit avec une personne avérée Covid19 (personne en quatorzaine) ?  
 OUI  NON

6 Si vous présentez actuellement un ou plusieurs des symptômes suivants, cochez celui ou ceux qui vous concernent, sinon cochez NON

- fièvre supérieure à 38°C
- sensation de fièvre et frissons
- toux persistante
- difficultés respiratoires
- perte soudaine du goût ou de l'odorat
- diarrhées inhabituelles
- maux de tête inhabituels
- une fatigue intense soudaine

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 :