

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
---	---

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 :