

Questionnaire à l'intention des marins nécessitant une prolongation en télé-consultation dans le cadre du COVID-19

1. Depuis les quinze derniers jours, avez-vous été en contact avec des personnes présentant de la fièvre ?

Oui

Non

Si oui, préciser :

2. Durant les quinze derniers jours, avez-vous eu de la fièvre ?

Oui

Non

3. Durant les quinze derniers jours, avez-vous été enrhumé ?

Oui

Non

4. Durant les quinze derniers jours, avez-vous eu des symptômes de toux ou des difficultés respiratoires ?

Oui

Non

Si oui, préciser :

5. Avez-vous eu un évènement médical depuis votre dernière visite ?

Oui

Non

Si oui, préciser :

.....
Nature de l'accident ou de la maladie :

.....
Accident de travail ou maladie :

.....
Date d'arrêt :

.....
Certificat de reprise du médecin traitant : oui / non

.....
Date de reprise envisagée :

6. Avez-vous eu des examens médicaux prescrits ou réalisés depuis votre dernière visite ?

- Oui
- Non

Si oui, préciser :

**7.
Avez-vous été hospitalisé depuis votre dernière visite ?**

- Oui
- Non

Si oui, préciser :

**8.
Prenez-vous un traitement médical ponctuel ?**

- Oui
- Non

Si oui, préciser :

9. Prenez-vous un traitement médical en continu, a-t-il été modifié depuis votre dernière visite ?

- Oui
- Non

Si oui, préciser :

10. Depuis la dernière visite, avez-vous changé de poste de travail ?

- Oui
- Non

Si oui, préciser :

11. Avez-vous changé d'armement ?

Oui

Non

Si oui, préciser :

Je soussigné, matricule.....

Certifie sur l'honneur avoir répondu en toute loyauté à ce questionnaire.

Fait à

Le

Signature

Joindre la copie d'une pièce d'identité au questionnaire