

**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