

Je, soussigné, M. / Mme

déclare sur l'honneur être:

Patient sans symptôme évocateur du COVID-19 et ne correspondant pas aux caractéristiques des autres propositions (principaux signes: Toux maux de gorge, difficultés respiratoire, essoufflement, perte de goût ou d'odorat, fièvre >38°C ou sensation de fièvre, diarrhée, vomissement)

Patient sans symptôme évocateur du COVID-19 , sans contact à risque mais à risque accru de développer une forme grave de la maladie (âge > 65 ans, HTA compliquée, maladie respiratoire chronique, diabète non équilibré, femme enceinte 3ème trimestre, insuffisance cardiaque, obésité avec IMC >3 immunodépression congénitale ou acquise)

Patient sans symptôme évocateur du COVID-19 mais en contact étroit avec une personne avérée COVID-19 ou avec des symptômes évocateurs du COVID-19

Patient COVID-19 avéré ou présentant des symptômes évocateurs du COVID-19

A