

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2A : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR

(D,H,A,T,DD,P)

Nom de la personne dépistée : _____ Veuillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur – Nom du patient : _____	PRÉ-RDV	CLINIQUE
	Date:	Date:
1-Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou une recommandation de passer un test de dépistage?	Oui Non	Oui Non
Présentez-vous les conditions suivantes :		
2-Fièvre (plus de 38°C ou 100,4 °F)	Oui Non	Oui Non
3-Toux récente ou chronique qui s'est aggravée	Oui Non	Oui Non
4-Difficulté respiratoire (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)	Oui Non	Oui Non
5-Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte du goût)	Oui Non	Oui Non
6-Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit	Oui Non	Oui Non
7-Mal de gorge	Oui Non	Oui Non
8-Diarrhée	Oui Non	Oui Non
9-Avez-vous une condition de santé connue pouvant expliquer les symptômes rapportés ci-dessus? Si oui précisez : _____	Oui Non Ne s'applique pas	Oui Non Ne s'applique pas
10-Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19?^a	Oui Non	Oui Non
En apposant votre nom en guise de signature, vous acceptez de recevoir des soins orthodontiques en contexte de pandémie Covid-19. Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) : Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		
CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE		
<ul style="list-style-type: none">• Si le patient a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.<ul style="list-style-type: none">✓ OUI à la question 1;✓ OUI à au moins une des questions 2 à 5, sans autres causes apparentes (question 9);✓ OUI à au moins deux des questions 6 à 8, sans autres causes apparentes (question 9);✓ OUI à la question 10.• Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE.		
Cocher la case correspondant au statut COVID-19 du patient : <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé		
Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.		

^a Cette condition exclut les travailleurs de la santé qui ont prodigué des soins à un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19 avec les équipements de protection individuelle appropriés.