



## FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT / ACCOMPAGNATEUR – COVID-19

En cette période particulière de la COVID-19, chaque patient / accompagnateur doit avoir complété ce formulaire soit par téléphone avec la secrétaire ou bien nous avoir envoyé le formulaire complété par courriel **avant le rendez-vous** pour assurer la santé et la sécurité des membres du personnel, de la vôtre et celle des autres patients.

Nom de la personne dépistée : _____	PRÉ-RDV	CLINIQUE
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 : _____	Date :	Date :
1- Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou êtes-vous en attente de résultat d'un test de dépistage?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Présentez-vous les conditions suivantes :</b>		
2- Fièvre (plus de 38°C ou 100,4 °F)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3- Toux récente ou chronique qui s'est aggravée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4- Difficulté respiratoire (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5- Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte du goût)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6- Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7- Mal de gorge	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8- Diarrhée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9- Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) :  Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		
<b>CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE ORTHODONTIQUE</b>		
<p>Si le patient a répondu :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>OUI</u> à la question 1 : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.</li><li>• <u>OUI</u> à au moins une des questions 2 à 5 <b>ET</b> <u>OUI</u> à la question 9 : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.</li><li>• <u>OUI</u> à au moins deux des questions 6 à 8 <b>ET</b> <u>OUI</u> à la question 9 : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.</li><li>• Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE</li></ul> <p>Cocher la case ci-dessous correspondant au statut COVID-19 du patient.</p> <p><input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé</p> <p>Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter l'orthodontiste avant d'attribuer un rendez-vous éventuel.</p>		

