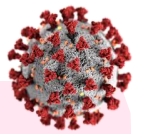


COVID-19 | QUESTIONNAIRE MÉDICAL AVANT ACCÈS AUX SOINS



Identification du patient

Nom: Prénom:
Né(e) le: Sexe : H F

Représentant légal

Nom: Prénom:
Adresse postale:
Ville: Code postal:
N° Portable: Courriel:
Médecin traitant:

1. État de santé du patient et de l'accompagnant dans les 2 semaines précédant le rendez-vous
(Cocher les cases correspondantes et préciser les dates d'apparition) :

Fièvre					
Précisez°C	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Courbatures	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Sensation de Fièvre sans température	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Perte de goût / Perte d'odorat	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Fatigue/malaise	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Céphalées/ Maux de tête	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Toux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Diarrhée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

2. Exposition à des risques dans les 14 jours qui précèdent la date du rendez-vous :

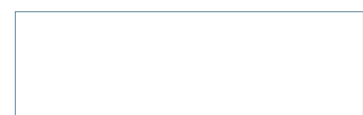
- Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit ¹ avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus ? OUI NON
- Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit¹ avec un cas confirmé d'infection à SARSCoV-2 (COVID 19) ? OUI NON
- Le patient et l'accompagnant présentent-ils des comorbidités ? (diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immunodéprimé, traitement immunosuppresseur, âge > 70 ans...) OUI NON
- ... ou un traitement quotidien ? OUI NON

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements et j'accepte la réalisation des soins ce jour.

¹ Un contact étroit est une personne qui a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) que le cas confirmé ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins de 1 mètre du cas et/ou pendant plus de 15 minutes, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.

			
Venez maximum 5min avant votre RdV	Masque obligatoire	Venez seul	Prenez vos précautions (WC fermés)

À le
Signature (pour les mineurs, signature du représentant légal)



Union
DENTAIRE