

Covid 19 - Questionnaire médical avant l'accès à des soins dentaires

Identification du patient

Nom: _____ Prénom : _____
Né le : _____ à : _____
N° Portable : _____ Médecin traitant : Dr _____
Adresse email : _____

Etat de santé du patient dans les 14 jours précédant le rendez-vous(Entourez votre réponse)

Avez vous été contaminé par le virus covid ?:	oui	non
Fièvre :	oui	non
Sensation de fièvre sans température :	oui	non
Toux :	oui	non
Perte de goût :	oui	non
Perte d'odorat :	oui	non
Céphalées(Maux de tête):	oui	non
Diarrhée :	oui	non

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

Le patient a-t-il été en contact étroit (1) avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus : _____ oui non
Le patient a-t-il été en contact étroit (1) avec un cas confirmé d'infection à SARS-CoV2 (COVID 19): _____ oui non
Le patient présente-t-il des comorbidités (diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immunodéprimé, traitement immunosuppresseur, âge > 70 ans...) ou un traitement quotidien : _____ oui non

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

Signature (pour les mineurs, celle du représentant légal) :

*(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 d'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.