

**COVID 19 - QUESTIONNAIRE MÉDICAL AVANT
L'ACCÈS À DES SOINS DENTAIRES**

Identification du patient :

Nom : ...

Prénom : ...

Né le : ...

Sexe : F M

Représentant légal :

Nom : ...

Prénom : ...

Adresse : ...

Commune : ...

Code postal : ...

N° Portable : ...

Courriel : ...

Médecin traitant : ...

État de santé du patient et de l'accompagnant dans les 14 jours précédant le rendez-vous :

(Cocher les cases correspondantes et préciser les dates d'apparition) :

Fièvre, précisez : ... °C OUI NON **Courbatures** OUI NON

Sensation de Fièvre sans température OUI NON **Perte de goût / d'odorat** OUI NON

Fatigue/malaise OUI NON **Céphalées/ Maux de tête** OUI NON

Toux OUI NON **Diarrhée** OUI NON

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 étroit¹ 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 co-morbidités ? OUI NON
(diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immuno-déprimé, 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 dentaires 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 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.

Fait le ...

À ...

Signature du patient ou du représentant légal :