

Nom de la personne dépistée : _____ Veillez 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 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"/>
Présentez-vous les conditions suivantes :		
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 de 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 : _____		
CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE <i>Si le patient a répondu :</i> <ul style="list-style-type: none"> • <u>OUI</u> à la question 1 : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ. • <u>OUI</u> à au moins une des questions 2 à 5 ET <u>OUI</u> à la question 9 : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ. • <u>OUI</u> à au moins deux des questions 6 à 8 ET <u>OUI</u> à la question 9 : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ. • Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE. <i>Cocher la case ci-dessous correspondant au statut COVID-19 du patient.</i> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé </p> Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.		