

<b>Nom de la personne dépistée :</b> _____  <b>Veillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur :</b>  <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur – Nom du patient : _____	<b>PRÉ-RDV</b>	<b>CLINIQUE</b>
	Date :	Date :
<b>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?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Présentez-vous les conditions suivantes :</b>		
<b>2-Fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F)</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>3-Toux récente ou chronique qui s'est aggravée</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>4-Difficulté respiratoire (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>5-Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte de goût)</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>6-Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>7-Mal de gorge</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>8-Diarrhée</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>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 ?</b>	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 DENTAIRE</b>  <i>Si le patient a répondu :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>OUI</u> à la question 1 : <b>STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.</b></li> <li>• <u>OUI</u> à au moins une des questions 2 à 5 <b>ET</b> <u>OUI</u> à la question 9 : <b>STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.</b></li> <li>• <u>OUI</u> à au moins deux des questions 6 à 8 <b>ET</b> <u>OUI</u> à la question 9 : <b>STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.</b></li> <li>• Toute autre réponse : <b>STATUT ASYMPTOMATIQUE.</b></li> </ul> <i>Cocher la case ci-dessous correspondant au statut COVID-19 du patient.</i> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>Asymptomatique</b>      <input type="checkbox"/> <b>Suspecté/Confirmé</b> </p> Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.		