

COVID-19 : DÉPISTAGE DU PATIENT / DE L'ACCOMPAGNANT

Afin de protéger votre santé et sécurité tout comme celles des membres du personnel et des autres patients durant cette période exceptionnelle causée par la COVID-19, les personnes suivantes doivent compléter à ce formulaire **avant** de venir au rendez-vous :

- Le patient ;
- L'accompagnant, c-à-d le parent, le responsable légal ou la personne qui accompagne le patient.

Selon les procédures propres à votre clinique, ce formulaire peut être rempli :

- Au téléphone avec la secrétaire ;
- Par courriel (sur votre ordinateur, tablette ou téléphone intelligent iPhone / Android).
(SVP, utilisez **Acrobat Reader** (macOS / Windows) ou **Acrobat** (iOS / Android). Les autres applis peuvent ne pas fonctionner correctement.)

NE PAS REMPLIR LES CASES DANS UNE ZONE GRISE À MOINS QU'ON VOUS LE DISE. Nom _____ Prénom _____ <i>Si vous êtes accompagnant, indiquez le nom complet du patient ici-bas :</i> Nom _____ Prénom _____	AVANT LE RENDEZ-VOUS		À L'ARRIVÉE À LA CLINIQUE	
	Date J/M/A :		Date J/M/A :	
	OUI	NON	OUI	NON
1. Êtes-vous actuellement en isolement à la suite d'un test de dépistage positif à la COVID-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous reçu une recommandation de passer un test de dépistage, ou êtes-vous en attente d'un résultat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous reçu la consigne de vous placer en isolement préventif comme par exemple à la suite d'un retour de voyage ou d'un contact avec un cas confirmé de la COVID-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si OUI aux questions 1, 2 ou 3, êtes-vous considéré comme « rétabli » par la Santé publique (c'est-à-dire à la suite de 14 jours d'isolement + 48 h sans fièvre ni symptômes, ou un test de dépistage négatif après 14 jours) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentez-vous les conditions suivantes :				
5. Fièvre, frissons, sueurs froides comme pendant une grippe (plus de 38 °C ou 100,4 °F) ? <i>Température prise à l'arrivée à la clinique (à 2-3 mm du front / cou) : _____ °C</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Toux récente ou toux chronique qui s'est aggravée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Difficulté respiratoire, essoufflement, difficulté à parler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Perte soudaine de l'odorat, du goût ou les deux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mal de tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fatigue intense ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Douleurs musculaires sans avoir fait un effort ou exercice physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mal de gorge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nez qui coule, congestion nasale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Perte d'appétit importante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nausées, vomissements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Maux de ventre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Diarrhée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous une condition de santé connue qui peut expliquer les symptômes ci-dessus ? Si OUI , spécifiez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La personne qui a rempli le formulaire doit le signer :

Besoin d'aide pour signer ? Référez-vous à votre clinique ou aux instructions de l'appli disponibles dans l'appli ou sur Internet.

Patient Accompagnant

Je, soussigné, déclare solennellement que les réponses contenues dans le formulaire qui précède sont véridiques

Signature avant le rendez-vous

Signature à l'arrivée à la clinique

Membre du personnel de la clinique

N.B. Le membre du personnel qui signe doit écrire son prénom à côté de la signature.

Posez la question suivante au patient ou à l'accompagnant :

« Déclarez-vous **solennellement** que les réponses que vous avez fournies sont véridiques ? »

OUI OUI

NON NON

Prénom de l'empl.

Signature avant le rendez-vous

Signature à l'arrivée à la clinique

Prénom de l'empl.

SECTION RÉSERVÉE À LA CLINIQUE

- TOUS ÂGE : OUI** à la question 1, 2 ou 3 → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ;
- 5 ANS – : OUI** aux questions [5 et 6 ou 7] **ou** [5 et 12 ou 13] **ou** [5 et 15 ou 16 ou 17] **ET NON** à la question 18 → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ;
- 6 ANS + : OUI** à au moins une des questions 5 à 17 **ET NON** à la question 18 → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ;
- TOUT ÂGE : OUI** à la question 4 **ou** toute autre réponse → Statut est NON À RISQUE / RÉTABLI ;

Cochez la case correspondant au statut COVID-19 de la personne : Non à risque / Rétabli Suspecté / Confirmé

Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consultez le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.