

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.		AVANT LE RENDEZ-VOUS		À L'ARRIVÉE À LA CLINIQUE	
Nom _____ Prénom _____		Date J/M/A :		Date J/M/A :	
<i>Si vous êtes accompagnant, indiquez le nom complet du patient ici-bas :</i>					
Nom _____ Prénom _____		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 <input type="checkbox"/> Accompagnant <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/>		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 :		OUI <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/>	
« Déclarez-vous solennellement que les réponses que vous avez fournies sont véridiques ? »		NON <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
_____		_____			
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					
1. TOUS ÂGE : OUI à la question 1, 2 ou 3 → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ;					
2. 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 ;					
3. 6 ANS + : OUI à au moins une des questions 5 à 17 ET NON à la question 18 → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ;					
4. 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 <input type="checkbox"/> Suspecté / Confirmé <input type="checkbox"/>					
Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consultez le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.					