CABINET D ‘ORTHODONTIE

DR VALERO Cécile

Questionnaire Médical : à remplir 24 à 48 h avant le Rdv et à ramener signé le jour du Rdv

# 1‐ identification du patient :

Nom Prénom

Date de naissance

# 2‐ Représentant légal

Nom Prénom

Adresse

Numéro de téléphone Email

# 3‐ Etat de santé du patient et de l'accompagnant dans les 14 jours précédant le Rdv de soins orthodontiques : SI REPONSE POSITIVE : nous le signaler par mail

Fièvre ? : Oui/ Non

Sensation de fièvre sans température ?: Oui/ Non

Fatigue ? : Oui/ Non

Toux ? : Oui/ Non

Courbatures ? : Oui/ Non

Perte de gout/odorat ? : Oui/ Non

Diarrhée ?: Oui/ Non

# 4‐ Exposition à des risques dans les 14 jours qui précèdent la date du Rdv :

# SI REPONSE POSITIVE nous le signaler par mail

Contact étroit avec une personne présentant des symptômes ci- dessus : oui/non Contact étroit avec cas confirmé d'infection à Covid? oui/non

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.

Présence de facteurs de risques ou de co‐morbités (diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immuno‐déprimé, traitement immunosuppreseur, âge > 70ans...)? : oui/non (précisez)

Ou un traitement quotidien? oui/non (précisez lequel)

J'atteste du l'honneur l'exactitude des renseignements et j'accepte la réalisation des soins orthodontiques ce jour.

Fait le

Signature :