

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 ? Sensation de fièvre sans température? Fatigue? Toux?

Courbatures? perte de gout/odorat? Diarrhée?

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-morbidités (diabète (diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immuno-déprimé, traitement immunosuppresseur, age > 70ans...)? oui/non (précisez)

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

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

Fait le

Signature :