

Covid 19 - Questionnaire médical avant l'accès à des soins orthodontiques

Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____

Né le : _____ Sexe : M – F

Représentant légal

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

N° Portable : _____ Courriel : _____

Médecin traitant : _____

Etat de santé du patient dans les 14 jours précédant le rendez-vous de suivi orthodontique : (Entourer la réponse correspondante et préciser les dates d'apparition)

Fièvre, précisez : OUI, depuis le _____, température :°C / NON

Sensation de fièvre sans température : OUI, depuis le _____ / NON

Fatigue/malaise : OUI, depuis le _____ / NON

Toux : OUI, depuis le _____ / NON

Courbatures : OUI, depuis le _____ / NON

Perte de goût : OUI, depuis le _____ / NON

Perte d'odorat : OUI, depuis le _____ / NON

Céphalées / Maux de tête : OUI, depuis le _____ / NON

Diarrhée : OUI, depuis le _____ / NON

Exposition à des risques dans les 14 jours qui précèdent la date du rendez-vous :

Le patient a-t-il été en contact étroit avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus :

OUI / NON

Le patient a-t-il été en contact étroit avec un cas confirmé d'infection au COVID 19 :

OUI / NON

Le patient présente-t-il des maladies telles que diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immunodéprimé, traitement immunosuppresseur : OUI / NON

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

A _____ le _____

Signature (pour les mineurs, celle du représentant légal) :