

Nom de la personne dépistée : _____	PRÉ-RDV	CLINIQUE
Veillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur – Nom du patient : _____	Date :	Date :
1-Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou une recommandation de passer un test de dépistage?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous les conditions suivantes :		
2-Fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3-Toux récente ou chronique qui s'est aggravée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4-Difficulté respiratoire (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5-Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte de goût)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6-Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7-Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8-Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9-Avez-vous une condition de santé connue pouvant expliquer les symptômes rapportés ci-dessus? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
10-Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19?^a	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) :		
Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		
CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> • <i>Si le patient a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>OUI à la question 1;</i> ✓ <i>OUI à au moins une des questions 2 à 5, sans autres causes apparentes (question 9);</i> ✓ <i>OUI à au moins deux des questions 6 à 8, sans autres causes apparentes (question 9);</i> ✓ <i>OUI à la question 10.</i> • <i>Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE.</i> 		
Cocher la case correspondant au statut COVID-19 du patient : <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé		
Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.		

^a Cette condition exclut les travailleurs de la santé qui ont prodigué des soins à un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19 avec les équipements de protection individuelle appropriés.