

# Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2A: Formulaire de dépistage du patient / accompagnateur  
(D, H, A, T, DD, P)

<b>Nom de la personne dépistée</b> ★ : _____	<b>PRÉ-RDV</b>	<b>CLINIQUE</b>
★ Veuillez 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	Date : _____	Date : _____
<b>Info du patient</b> Prénom : _____ Nom : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____		

	PRÉ-RDV	CLINIQUE
1 Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou êtes-vous en attente de résultat d'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 du 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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10 Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19 ? ▲	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11 Êtes-vous un travailleur de la santé ayant été en contact avec la COVID-19 ?	<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

- Si le patient a répondu :
  - ✓ OUI à la question 1 : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.
  - ✓ OUI à au moins une des questions 2 à 5 **ET** OUI à la question 9 : STATUT SUSPECT/CONFIRMÉ.
  - ✓ OUI à au moins deux des questions 6 à 8 **ET** OUI à la question 9 : STATUT SUSPECT/CONFIRMÉ.
  - ✓ OUI à la question 10.
- Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE

Cocher la case correspondant au statut COVID-19 du patient :  Asymptomatique  Suspecté/Confirmé

Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.

▲ 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.