

# Coronavirus COVID-19

## FEUILLET 2A : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR (D,H,A,T,DD,P)

Nom de la personne dépistée : _____ Veuillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur :	PRÉ-RDV	CLINIQUE
<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
<b>Présentez-vous les conditions suivantes :</b>		
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? <sup>a</sup>	<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 : _____		
<b>CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si le patient a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.<ul style="list-style-type: none"><li>✓ OUI à la question 1;</li><li>✓ OUI à au moins une des questions 2 à 5, sans autres causes apparentes (question 9);</li><li>✓ OUI à au moins deux des questions 6 à 8, sans autres causes apparentes (question 9);</li><li>✓ OUI à la question 10.</li></ul></li><li>• Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE.</li></ul> <b>Cocher la case correspondant au statut COVID-19 du patient :</b> <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.		

<sup>a</sup> 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.