

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom :
Né le : Sexe : Féminin Masculin

REPRESENTANT LEGAL

Nom : Prénom :
Adresse postale :
Code postal : Ville :
N° de portable : E-mail :
Médecin traitant :

ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT DANS LES 14 JOURS PRÉCÉDANT LE RENDEZ-VOUS



Vous avez
de la Fièvre ?

Oui (.....°C) Non



Sensation de Fièvre
sans température

Oui Non



Fatigue ?
Malaise ?

Oui Non



Vous avez
de la toux ?

Oui Non



Vous avez
des courbatures ?

Oui Non



Vous avez
une perte de goût ?

Oui Non



Céphalées ?
Maux de tête ?

Oui Non



Diarrhée ?

Oui Non

EXPOSITION À DES RISQUES DANS LES 14 JOURS QUI PRÉCÈDENT LA DATE DU RENDEZ-VOUS

- Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus ? Oui Non
- Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit avec un cas confirmé d'infection à SARSCoV-2 (COVID 19) ? Oui Non
- Le patient et l'accompagnant présentent-ils des co-morbidités ? (diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immuno-déprimé, traitement immuno-suppresseur, âge > 70 ans ?) Oui Non

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

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.

À : le Signature : (pour les mineurs, celle du représentant légal)
ou paraphe :