

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2A : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR DE 18 ANS ET PLUS (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 reçu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 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
1a-Si vous avez répondu oui à la question 1, êtes-vous considéré « rétabli » par la direction régionale de santé publique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2-Avez-vous la sensation d'être fiévreux, d'avoir des frissons comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38 °C (100,4 °F) ou supérieure à 37,8°C ou 100,0° F pour les personnes âgées?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3-Avez-vous de la toux récente ou empirée depuis peu?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4-Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5-Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6- Avez-vous au moins 2 des symptômes suivants? <ul style="list-style-type: none"> • Mal de tête • Fatigue intense • Douleurs musculaires (non liées à un effort physique) • Mal de gorge • Perte d'appétit importante • Nausées • Vomissements • Diarrhée 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7-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
8-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? ²	<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 : _____		
<p>CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la personne a répondu OUI à la question 1a : STATUT ASYMPTOMATIQUE / RÉTABLI • Si la personne a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ. <ul style="list-style-type: none"> ✓ OUI à la question 1; ✓ OUI à au moins une des questions 2 à 5, sans autres causes apparentes (question 7); ✓ OUI à la question 6, sans autres causes apparentes (question 7); ✓ OUI à la question 8. • Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE / RÉTABLI. <p>Cocher la case correspondant au statut COVID-19 de la personne : <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé <input type="checkbox"/> Asymptomatique / Rétabli</p> <p>Si la personne est considérée comme suspectée/confirmée COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.</p>		

² 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.