

Nom :

Prénom :

N° téléphone portable :

État de santé du patient et de l'accompagnant dans les 14 jours précédant le rendez-vous de suivi orthodontique (Cocher les cases correspondantes et préciser les dates d'apparition):



Fièvre, précisez :°C

OUI NON



Courbatures

OUI NON



Sensation de Fièvre sans température

OUI NON



Perte de goût / d'odorat

OUI NON



Fatigue/malaise

OUI NON



Céphalées/ Maux de tête

OUI NON



Toux

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 étroit¹ avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus?

OUI NON

Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit¹ 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 immunosuppresseur, âge > 70 ans...)

OUI NON

ou un traitement quotidien ?

OUI NON

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

¹ 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, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.

À le

Signature (pour les mineurs, celle du représentant légal)

Merci d'informer le Cabinet si dans les 10 jours suivant votre Rdv, vous ou un membre de votre famille êtes testés positif.