

Identification du patient

Nom : Prénom :
Né le : Sexe F M

Représentant légal

Nom : Prénom :
Adresse postale :
Commune : Code postal :
N° Portable : Courriel :
Médecin traitant :

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 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |  | Courbatures | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
|  | Sensation de Fièvre sans température | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |  | Perte de goût / d'odorat | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
|  | Fatigue/malaise | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |  | Céphalées/ Maux de tête | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
|  | Toux | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |  | Diarrhée | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 ¹ avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus? OUI NON

Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit ¹ 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.

¹Un 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)