

QUESTIONNAIRE MEDICAL SPECIFIQUE

*Ce questionnaire médical confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
Une copie sera conservée dans votre dossier patient.*

Nom et prénom : _____

Age : _____

Sexe : M F

Adresse postale : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Portable : _____ Adresse mail : _____

Etat de santé actuel ou antérieur

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre (Précisez en °C)
↳ Date d'apparition : _____ | <input type="checkbox"/> Courbatures
↳ Date d'apparition : _____ |
| <input type="checkbox"/> Sensation de fièvre sans température
↳ Date d'apparition : _____ | <input type="checkbox"/> Perte de goût / d'odorat
↳ Date d'apparition : _____ |
| <input type="checkbox"/> Fatigue / malaise
↳ Date d'apparition : _____ | <input type="checkbox"/> Céphalées / Maux de tête
↳ Date d'apparition : _____ |
| <input type="checkbox"/> Toux
↳ Date d'apparition : _____ | <input type="checkbox"/> Diarrhée
↳ Date d'apparition : _____ |

Renseignements complémentaires

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 des signes détaillés ci-dessus ? Oui Non

Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit (*1) avec un cas confirmé d'infection au 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

Avez-vous un traitement quotidien ? (Précisez) Oui Non

Etes-vous enceinte au 3ème trimestre de grossesse ? Oui Non

Taille : _____ Poids : _____

*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'un 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; voisin 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 adéquats.

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Date

Signature