

# 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"> <li>• Mal de tête</li> <li>• Fatigue intense</li> <li>• Douleurs musculaires (non liées à un effort physique)</li> <li>• Mal de gorge</li> <li>• Perte d'appétit importante</li> <li>• Nausées</li> <li>• Vomissements</li> <li>• Diarrhée</li> </ul>	<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? <sup>2</sup>	<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 : _____		
<b>CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la personne a répondu OUI à la question 1a : STATUT ASYMPTOMATIQUE / RÉTABLI</li> <li>• Si la personne a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ OUI à la question 1;</li> <li>✓ OUI à au moins une des questions 2 à 5, sans autres causes apparentes (question 7);</li> <li>✓ OUI à la question 6, sans autres causes apparentes (question 7);</li> <li>✓ OUI à la question 8.</li> </ul> </li> <li>• Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE / RÉTABLI.</li> </ul>		
Cocher la case correspondant au statut COVID-19 de la personne : <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé <input type="checkbox"/> Asymptomatique / Rétabli Si la personne est considérée comme suspectée/confirmée COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.		

<sup>2</sup> 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.