

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 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