

# COVID-19 :

# DÉPISTAGE DU PATIENT / DE L'ACCOMPAGNANT

Afin de protéger votre santé et sécurité tout comme celles des membres du personnel et des autres patients durant cette période exceptionnelle causée par la COVID-19, les personnes suivantes doivent compléter à ce formulaire **avant** de venir au rendez-vous :

- Le patient ;
- L'accompagnant, c-à-d le parent, le responsable légal ou la personne qui accompagne le patient.

**Selon les procédures propres à votre clinique**, ce formulaire peut être rempli :

- Au téléphone avec la secrétaire ;
- Par courriel (sur votre ordinateur, tablette ou téléphone intelligent iPhone / Android).  
(SVP, utilisez **Acrobat Reader** (macOS / Windows) ou **Acrobat** (iOS / Android). Les autres applis peuvent ne pas fonctionner correctement.)

<b>NE PAS REMPLIR LES CASES DANS UNE ZONE GRISE À MOINS QU'ON VOUS LE DISE.</b>		<b>AVANT LE RENDEZ-VOUS</b>		<b>APRÈS L'ARRIVÉE À LA CLINIQUE</b>	
Nom _____	Prénom _____	Date J/M/A :		Date J/M/A :	
<i>Si vous êtes accompagnant, indiquez le nom complet du patient ici-bas :</i>					
Nom _____	Prénom _____	OUI	NON	OUI	NON
1. Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 dans les 21 derniers jours, une recommandation de passer un test de dépistage, ou êtes-vous en attente d'un résultat ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Présentez-vous les conditions suivantes</b>					
2. Fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Toux récente ou chronique qui s'est aggravée ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Difficulté respiratoire (p. ex. : essoufflement ou difficulté à parler) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte du goût) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mal de gorge ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Diarrhée ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous une condition de santé connue pouvant expliquer les symptômes rapportés ci-dessus ? Si <b>OUI</b> , spécifiez : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19 ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La personne qui a rempli le formulaire doit le signer :</b>		<i>Besoin d'aide pour signer ? Référez-vous à votre clinique ou aux instructions de l'appli disponibles dans l'appli ou sur Internet.</i>			
Patient <input type="checkbox"/>	Accompagnant <input type="checkbox"/>				
Je, soussigné, déclare solennellement que les réponses contenues dans le formulaire qui précède sont véridiques					
_____ Signature avant le rendez-vous		_____ Signature à l'arrivée à la clinique			
Membre du personnel de la clinique <input type="checkbox"/>		<i>N.B. Le membre du personnel qui signe doit écrire son prénom à côté de la signature.</i>			
Posez la question suivante au patient ou à l'accompagnant :				OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
« Déclarez-vous solennellement que les réponses que vous avez fournies sont véridiques ? »				NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Prénom de l'empl. _____		Signature avant le rendez-vous _____		Signature à l'arrivée à la clinique _____	
				Prénom de l'empl. _____	
<b>SECTION RÉSERVÉE À LA CLINIQUE</b>					
Si le patient a répondu :					
1. <b>OUI</b> à la <u>question 1</u> → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ;					
2. <b>OUI</b> à <u>au moins une</u> des questions 2 à 5 <b>ET NON</b> à la question 9 → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ;					
3. <b>OUI</b> à <u>au moins deux</u> des questions 6 à 8 <b>ET NON</b> à la question 9 → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ;					
4. <b>OUI</b> à la question 10 → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ;					
<i>N.B. Les <b>travailleurs de la santé</b> qui ont prodigué des soins à un cas confirmé / suspecté de la COVID-19 avec les <b>ÉPI</b> appropriés <b>sont exclus</b> ;</i>					
5. Toute autre réponse → Statut est ASYMPTOMATIQUE ;					
Cochez la case correspondant au statut COVID-19 du patient : Asymptomatique <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé <input type="checkbox"/>					
<b>Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consultez le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.</b>					