

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.)

| NE PAS REMPLIR LES CASES DANS UNE ZONE GRISE À MOINS QU'ON VOUS LE DISE. | | AVANT LE RENDEZ-VOUS | | APRÈS L'ARRIVÉE À LA CLINIQUE | |
|---|---------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| 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"/> |
| Présentez-vous les conditions suivantes | | | | | |
| 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 OUI , 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"/> |
| La personne qui a rempli le formulaire doit le signer : | | Besoin d'aide pour signer ? Référez-vous à votre clinique ou aux instructions de l'appli disponibles dans l'appli ou sur Internet. | | | |
| 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"/> | | N.B. Le membre du personnel qui signe doit écrire son prénom à côté de la signature. | | | |
| 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. | | | | | |
| SECTION RÉSERVÉE À LA CLINIQUE | | | | | |
| Si le patient a répondu : | | | | | |
| 1. OUI à la <u>question 1</u> → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ; | | | | | |
| 2. OUI à <u>au moins une</u> des questions 2 à 5 ET NON à la question 9 → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ; | | | | | |
| 3. OUI à <u>au moins deux</u> des questions 6 à 8 ET NON à la question 9 → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ; | | | | | |
| 4. OUI à la question 10 → Statut COVID-19 est SUSPECTÉ / CONFIRMÉ ; | | | | | |
| N.B. Les travailleurs de la santé qui ont prodigué des soins à un cas confirmé / suspecté de la COVID-19 avec les ÉPI appropriés sont exclus ; | | | | | |
| 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"/> | | | | | |
| Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consultez le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous. | | | | | |