

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2A : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR DE 6 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
	Date :	Date :
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur – Nom du patient : _____		
1-Êtes-vous actuellement en isolement pour un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2-Avez-vous reçu une recommandation de passer un test de dépistage ou êtes-vous en attente du résultat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3- Avez-vous reçu la consigne de vous placer en isolement préventif (p. ex. : de retour d'un voyage à l'étranger depuis moins de 14 jours, contact d'un cas confirmé de COVID-19)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous les symptômes suivants :		
4-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
5-Avez-vous de la toux nouvelle ou aggravée depuis peu?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6-Avez-vous de la difficulté à respirer?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7-Êtes-vous essoufflé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8-Avez-vous une perte soudaine de l'odorat (sans congestion nasale) avec ou sans perte du goût?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9- Avez-vous mal à la gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10- Avez-vous le nez qui coule ou une congestion nasale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11- Avez-vous au moins 2 des symptômes suivants? <ul style="list-style-type: none"> • Mal de tête • Fatigue intense • Douleurs musculaires (non liées à un effort physique) • Perte d'appétit importante • Nausées ou vomissements • Douleur abdominale • Diarrhée 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12-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
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) : Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		
CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> • Si la personne a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ <ul style="list-style-type: none"> ✓ OUI à au moins une des questions 1 à 3 ✓ OUI à au moins une des questions 4 à 11, sans autres causes apparentes (question 12) • Toute autre réponse : STATUT NON À RISQUE 		
Cocher la case correspondant au statut COVID-19 de la personne : <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé <input type="checkbox"/> Non à risque		
Si la personne est considérée comme suspectée/confirmée COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.		

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2B : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR DE 6 MOIS À 5 ANS (D,H,A,T,DD,P)

Nom de la personne dépistée : _____	PRÉ-RDV	CLINIQUE
Veillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur :		
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur – Nom du patient : _____	Date :	Date :
1-Est-ce que votre enfant est actuellement en isolement pour un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2-Est-ce que votre enfant a reçu une recommandation de passer un test de dépistage ou êtes-vous en attente du résultat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3-Est-ce que votre enfant a reçu la consigne de se placer en isolement préventif (p. ex. : de retour d'un voyage à l'étranger depuis moins de 14 jours, contact d'un cas confirmé de COVID-19)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que l'enfant présente les symptômes suivants :		
4- Fièvre ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ou $101,3^{\circ}\text{F}$)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5-Symptômes respiratoires : toux (nouvelle ou aggravée), essoufflement, difficulté à respirer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6-Nez qui coule OU congestion OU mal de gorge ET fièvre modérée (entre $38,1^{\circ}\text{C}$ et $38,4^{\circ}\text{C}$ ou entre $100,6^{\circ}\text{F}$ et $101,1^{\circ}\text{F}$)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7-Mal de ventre OU vomissements OU diarrhée ET fièvre modérée (entre $38,1^{\circ}\text{C}$ et $38,4^{\circ}\text{C}$ ou entre $100,6^{\circ}\text{F}$ et $101,1^{\circ}\text{F}$)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8-Est-ce que l'enfant a 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
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (parent, personnel de bureau, autre) :		
Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		
CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE		
<ul style="list-style-type: none"> • Si la personne a répondu <u>OUI</u> à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ. <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>OUI</u> à au moins une des questions 1 à 3 ✓ <u>OUI</u> à au moins une des questions 4 à 7, sans autres causes apparentes (question 8); • Toute autre réponse : STATUT NON À RISQUE 		
Cocher la case correspondant au statut COVID-19 de l'enfant : <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé <input type="checkbox"/> Non à risque		
Si l'enfant est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.		