

QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE COVID19

Nom et Prénom du Patient: _____ Date: _____

Avez-vous ressenti les symptômes suivants au cours des 21 derniers jours :

	OUI	NON
1. Fièvre _____ Si oui : précisez depuis le, température : °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de fièvre sans température : _____ Si oui, depuis le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fatigue / malaise _____ Si oui, depuis le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Toux _____ Si oui, depuis le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Courbatures _____ Si oui, depuis le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Perte de goût _____ Si oui, depuis le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Perte d'odorat _____ Si oui, depuis le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Céphalées / maux de tête _____ Si oui, depuis le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diarrhées _____ Si oui, depuis le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été en contact étroit ¹ avec une personne ayant présenté les symptômes détaillés ci-dessus : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez vous été en contact étroit avec un cas confirmé d'infection à SARS CoV2 (COVID19) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements et j'accepte la réalisation des soins dentaires ce jour.

Signature : _____

¹ Un contact étroit est une personne qui a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) que le cas confirmé ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas et/ou pendant plus de 15 minutes, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion; flirt; amis intimes; voisins de classe ou de bureau; voisin du cas dans un moyen de transport de manière prolongée; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protections adéquats.