

Identification du patient

Prénom

ex. : Jean

Nom

ex. : Dupont

Date de naissance

ex. : 01/01/1970

Sexe

Représentant légal

Prénom

ex. : Jean

Nom

ex. : Dupont

Adresse

ex. : 999 avenue de france

Ville

ex. : Paris

Code Postal

ex. : 75001

Numéro de portable

ex. : 0612345678

Courriel

Médecin traitant

Etat 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
- Sensation de fièvre sans température
- Fatigue / Malaise
- Toux
- Courbatures
- Perte de goût / d'odorat
- Céphalées / Maux de tête
- Diarrhée

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

Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit¹ avec un cas confirmé d'infection à SARSCoV-2 (COVID 19) ?

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...) ?

Ou un traitement quotidien ?

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 ; voisins 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 protection adéquats.

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

Le

Signature