

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL ADDITIONNEL AVANT L'ACCÈS À DES SOINS ORTHODONTIQUES

### Identification du patient

Nom & Prénom du patient:

Né le :

Nom & Prénom du Représentant légal:

### Etat de santé du patient dans les 14 jours précédant le rendez vous de suivi orthodontique :

(Entourer la réponse correspondante et préciser les dates d'apparition)

Fièvre, précisez : OUI, depuis le \_\_\_\_\_, température : .....°C / NON

Sensation de fièvre sans température : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Fatigue/malaise : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Toux : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Courbatures : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Perte de goût : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Perte d'odorat : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Céphalées / Maux de tête : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Diarrhée : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

### Exposition à des risques dans les 14 jours qui précèdent la date du rendez vous :

Le patient a-t-il été en contact étroit avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus : OUI / NON

Le patient a-t-il été en contact étroit avec un cas confirmé d'infection à SARS-CoV- 2 (COVID 19): OUI / NON

**Le patient présente-t-il des co-morbidités** (diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immuno-déprimé, traitement immunosuppresseur, âge > 70 ans,...) ou un traitement quotidien : OUI / NON

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

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature (pour les mineurs, celle du représentant légal) :