

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2C : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR DE 6 MOIS À 5 ANS (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
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur – Nom du patient : _____	Date :	Date :
1-Est-ce que l'enfant a reçu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 ou une recommandation de passer un test de dépistage?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
1a-Si vous avez répondu oui à la question 1, est-ce que l'enfant est considéré « rétabli » par la direction régionale de santé publique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que l'enfant présente les conditions suivantes :		
2- 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
3-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
4-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
5-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
6-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
7-Est-ce que l'enfant a été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19? ⁴	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (parent, personnel de bureau, autre) :		
Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		
<p>CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la personne a répondu OUI à la question 1a : STATUT ASYMPTOMATIQUE/RÉTABLI. • Si la personne a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ. <ul style="list-style-type: none"> ✓ OUI à la question 1; ✓ OUI à au moins une des questions 2 à 5, sans autres causes apparentes (question 6); ✓ OUI à la question 7. • Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE/RÉTABLI. <p>Cocher la case correspondant au statut COVID-19 de l'enfant : <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé <input type="checkbox"/> Asymptomatique/Rétabli</p> <p>Si l'enfant est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.</p>		

⁴ Cette condition exclut les travailleurs de la santé qui ont prodigué des soins à un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19 avec les équipements de protection individuelle appropriés.