

# Coronavirus COVID-19

## FEUILLET 2B : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR DE 6 À 17 ANS (D,H,A,T,DD,P)

Nom du jeune dépisté : _____	PRÉ-RDV	CLINIQUE
Veuillez 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-Avez-vous 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, êtes-vous 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
2- 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 38,1 °C (100,6°F)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3-Avez-vous de la toux récente ou empirée depuis peu, de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4-Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5-Avez-vous des maux de ventre?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6-Avez-vous des vomissements ou la nausée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7-Avez-vous des diarrhées?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8-Avez-vous un mal de gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9-Avez-vous le nez qui coule ou de la congestion?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10-Ressentez-vous une grande fatigue?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11-Avez-vous une perte d'appétit importante?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12-Avez-vous des douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13-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
14-Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19? <sup>3</sup>	<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, patient, personnel de bureau, autre) : Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		
<b>CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la personne a répondu OUI à la question 1a : STATUT ASYMPTOMATIQUE / RÉTABLI</li> <li>• Si la personne a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ OUI à la question 1;</li> <li>✓ OUI à au moins une des questions 2 à 4, sans autres causes apparentes (question 13);</li> <li>✓ OUI à au moins deux des questions 5 à 12, sans autres causes apparentes (question 13);</li> <li>✓ OUI à la question 14.</li> </ul> </li> <li>• Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE / RÉTABLI.</li> </ul>		
Cocher la case correspondant au statut COVID-19 du jeune : <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé <input type="checkbox"/> Asymptomatique/Rétabli Si le jeune est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.		

<sup>3</sup> 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.