

Dr Cohen et Mariani
Spécialistes en Orthodontie
1 Rue Ferrari
83400 Hyères

Covid 19 - Questionnaire médical additionnel avant l'accès à des soins orthodontiques

Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____
Né le : _____ Sexe : M - F

Représentant légal

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Commune : _____ Code postal : _____
N° Portable : _____ Courriel : _____
Médecin traitant : _____

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

Précautions additionnelles en période d'épidémie (COVID-19) – FFO – v 23 avril 2020 13/22

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 étroit¹ avec une personne ayant présenté les signes détaillés
ci-dessus : OUI / NON

Le patient a-t-il été en contact étroit¹ 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) :