

CABINET D'ORTHODONTIE Dr MARIN Jean-Pierre

Tour ALMA Rue du Bosphore 7^{ème} étage 35200 RENNES

Tel : 02 23 36 01 15 Mail : secretariat.marinjp@gmail.com

Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____

Né (e) 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)

	PATIENT	ACCOMPAGNANT
Fièvre	Oui, depuis le _____ Température : _____ °C Non	Oui, depuis le _____ Température : _____ °C Non
Sensation de fièvre sans température	Oui, depuis le _____ Non	Oui, depuis le _____ Non
Fatigue/malaise	Oui, depuis le _____ Non	Oui, depuis le _____ Non
Toux	Oui, depuis le _____ Non	Oui, depuis le _____ Non
Courbatures	Oui, depuis le _____ Non	Oui, depuis le _____ Non
Perte de goût	Oui, depuis le _____ Non	Oui, depuis le _____ Non
Perte d'odorat	Oui, depuis le _____ Non	Oui, depuis le _____ Non
Céphalées / Maux de tête	Oui, depuis le _____ Non	Oui, depuis le _____ Non
Diarrhée	Oui, depuis le _____ Non	Oui, depuis le _____ Non

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

(Entourer la réponse correspondante)

Le patient a-t-il été en contact étroit (1) avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus : OUI / NON

Le patient a-t-il été en contact étroit (1) 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 _____

Signatures (pour les mineurs, celle du représentant légal)

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.