









## Identification du patient

Nom : ..... Prénom : .....  
Né le : ..... Sexe  F  M

## Représentant légal

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

## État de santé du patient et de l'accompagnant dans les 14 jours précédant le rendez-vous de suivi orthodontique (Cocher les cases correspondantes et préciser les dates d'apparition):

	Fièvre, précisez : .....°C	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Courbatures	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Sensation de Fièvre sans température	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Perte de goût / d'odorat	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Fatigue/malaise	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Céphalées/ Maux de tête	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Toux	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Diarrhée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

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

Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit <sup>1</sup> avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus?  OUI  NON

Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit <sup>1</sup> avec un cas confirmé d'infection à SARSCoV-2 (COVID 19)?  OUI  NON

Le patient et l'accompagnant présentent-ils des co-morbidités ? (diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immuno-déprimé, traitement immunosuppresseur, âge > 70 ans...)  OUI  NON

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.

<sup>1</sup>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.

À ..... le .....

Signature (pour les mineurs, celle du représentant légal)