



Nom de la personne dépistée : \_\_\_\_\_

Patient       Accompagnateur (patient : \_\_\_\_\_)

	Pré-RV	RV
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"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
1a- Si vous avez répondu oui à la question 1, êtes-vous considéré « rétabli » par la direction régionale de santé publique?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
2- Avez-vous la sensation d'être fiévreux, d'avoir des frissons comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée par la bouche > 38,1 °C (100,6 °F)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
3- Avez-vous de la toux récente ou empirée depuis peu, de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
4- Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
5- Avez-vous des maux de ventre?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
6- Avez-vous des vomissements ou la nausée?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
7- Avez-vous des diarrhées?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
8- Avez-vous un mal de gorge?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
9- Avez-vous le nez qui coule ou de la congestion?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
10- Ressentez-vous une grande fatigue?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
11- Avez-vous une perte d'appétit importante?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
12- Avez-vous des douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique)?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
13- Avez-vous une condition de santé connue pouvant expliquer ces symptômes ? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A
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?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

Signature pré-RV : \_\_\_\_\_ Signature RV : \_\_\_\_\_

CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE

- 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.
  - ✓ OUI à la question 1;
  - ✓ OUI à au moins une des questions 2 à 4, sans autres causes apparentes (question 13);
  - ✓ OUI à au moins deux des questions 5 à 12, sans autres causes apparentes (question 13);
  - ✓ OUI à la question 14.
- Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE / RÉTABLI.

Cocher la case correspondant au statut COVID-19 de la personne :

Suspecté / Confirmé     Asymptomatique / Rétabli

*Si la personne est considérée comme suspectée/confirmée COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.*