

Docteur Cyrille Lobot

DU d'Occlusodontologie et Réhabilitation Orale Fonctionnelle - Université Lille II
DU de Prise en Charge des Douleurs Crânio-Cervico-Faciales - Université Paris V
Membre de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale
Membre de la World Federation of Orthodontists

Adeli : 9744 09 187 – RPPS : 1 0000 7 00525 – SIRET : 503 820 284 00035

52 quater route Nationale 2
97412 Bras Panon

Téléphone : **0262 41 70 50**

Objet : **QUESTIONNAIRE MEDICAL COVID19**

Identité :

Nom et prénom du patient

.....

Date de naissance du patient

.....

Nom et prénom du représentant légal (si ce n'est pas le patient)

.....

A ce jour et dans les 3 dernières semaines, le patient a-t-il eu des signes évocateurs du Covid19 (groupe D)

- Oui Non – fièvre > 38°
- Oui Non – perte ou baisse de goût soudaine
- Oui Non – perte ou baisse d'odorat soudaine
- Oui Non – fatigue soudaine inexpliquée
- Oui Non – diarrhées, vomissements
- Oui Non – difficultés respiratoires, essoufflement
- Oui Non – toux sèche
- Oui Non – maux de gorge
- Oui Non – courbatures inexpliquées
- Oui Non – céphalées (hors migraines connues)
- Oui Non – conjonctivite
- Oui Non – éruptions cutanées
- Oui Non – altération de l'état général

..... : date de fin de la fièvre

..... : date de fin des difficultés respiratoires

..... : date de début des symptômes

- Oui Non – a-t-il eu un test Covid19 ?

Appeler au 0262 41 70 50 **au moins une semaine à l'avance** si vous voulez modifier ou annuler votre RDV.
Merci de **vérifier le jour et l'heure exacts du RDV avant de venir**. En cas de doute, appeler le 0262 41 70 50.
Horaires d'ouverture : du lundi au jeudi de 8h00 à 16h00.

.....
Dans les 2 dernières semaines, le patient a-t-il (groupe C)

- Oui Non – côtoyé étroitement une personne diagnostiquée Covid 19
 - Oui Non – côtoyé étroitement une personne présentant les signes ci-avant
-

Facteurs de risque (groupe B)

- Oui Non – plus de 65 ans
- Oui Non – hypertension artérielle avec complications cardiaques, rénales, vasculo-cérébrales
- Oui Non – antécédent d’AVC, de coronopathie, de chirurgie cardiaque
- Oui Non – insuffisance cardiaque
- Oui Non – diabète non équilibré ou présentant des complications
- Oui Non – pathologie chronique respiratoire (asthme sévère, apnée du sommeil, BPCO, mucoviscidose)
- Oui Non – insuffisance rénale chronique dialysée
- Oui Non – immunodépression congénitale ou acquise
- Oui Non – cirrhose au stade B ou C du score Child Pugh
- Oui Non – obésité (indice de masse corporelle > 30)
- Oui Non – syndrome drépanocytaire majeur
- Oui Non – antécédent de splénectomie (ablation de la rate)
- Oui Non – grossesse au 3^{ème} trimestre

Accompagnant

- Oui Non – l’accompagnant du patient à son prochain RDV aurait répondu oui à l’une des questions précédentes

Si oui laquelle

.....
.....
.....
.....

Remarques

.....
.....

VILLE :

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL OU DU PATIENT MAJEUR

DATE :

Appeler au 0262 41 70 50 **au moins une semaine à l’avance** si vous voulez modifier ou annuler votre RDV.
Merci de **vérifier le jour et l’heure exacts du RDV avant de venir**. En cas de doute, appeler le 0262 41 70 50.
Horaires d’ouverture : du lundi au jeudi de 8h00 à 16h00.