

# Coronavirus COVID-19

## FEUILLET 2A : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR (D,H,A,T,DD,P)

Nom de la personne dépistée : _____ Veuillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur :	PRÉ-RDV	CLINIQUE
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur – Nom du patient : _____	Date :	Date :
1-Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou une recommandation de passer un test de dépistage?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Présentez-vous les conditions suivantes :</b>		
2-Fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3-Toux récente ou chronique qui s'est aggravée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4-Difficulté respiratoire (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5-Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte de goût)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6-Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7-Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8-Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9-Avez-vous une condition de santé connue pouvant expliquer les symptômes rapportés ci-dessus? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
10-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? <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) :		
Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		
<b>CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si le patient a répondu OUI à au moins une des conditions suivantes : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.<ul style="list-style-type: none"><li>✓ OUI à la question 1;</li><li>✓ OUI à au moins une des questions 2 à 5, sans autres causes apparentes (question 9);</li><li>✓ OUI à au moins deux des questions 6 à 8, sans autres causes apparentes (question 9);</li><li>✓ OUI à la question 10.</li></ul></li><li>• Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE.</li></ul> <b>Cocher la case correspondant au statut COVID-19 du patient :</b> <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Suspecté/Confirmé Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.		

<sup>a</sup> Cette condition exclut les travailleurs de la santé qui ont prodigué des soins à un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19 avec les équipements de protection individuelle appropriés.

# Coronavirus COVID-19

## Leaflet 2A: SCREENING FORM FOR PATIENTS/ACCOMPANYING PERSONS (D,H,A,T,DD,P)

Name of person screened: _____	PRE-APPT.	CLINIC
<b>Please indicate if the above name refers to the screening form for the patient or the accompanying person:</b> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompanying person – Name of patient: _____	<b>Date:</b>	<b>Date:</b>
<b>1-Have you tested positive for COVID-19 in the last 21 days or have you been told that you should be tested?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Do you have any of the following conditions:</b>		
<b>2-Fever (over 38°C or 100.4°F)</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>3-New cough or worsening chronic cough</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>4-Breathing difficulties (e.g., shortness of breath, difficulty speaking)</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>5-Sudden loss of smell (with or without loss of taste)</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>6-Muscle pain, headache, intense fatigue or significant loss of appetite</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>7-Sore throat</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>8-Diarrhea</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>9-Do you have a health issue that might explain the symptoms described above?</b> If so, specify: _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Does not apply	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Does not apply
<b>10-Have you been in close contact (at least 15 minutes at less than 2 metres) with a confirmed or suspected case of COVID-19?<sup>a</sup></b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Signature of person who has completed the form (patient or office personnel):  Signature pre-appt.: _____ Signature clinic: _____		
<b>THIS SECTION IS RESERVED FOR DENTAL CLINIC PERSONNEL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>If the patient has answered YES to at least one of the following conditions: SUSPECTED/CONFIRMED STATUS.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>YES to question 1</i></li> <li>✓ <i>YES to at least one of the questions from 2 to 5, without any other apparent cause (question 9)</i></li> <li>✓ <i>YES to at least one of the questions from 6 to 8, without any other apparent cause (question 9);</i></li> <li>✓ <i>YES to question 10.</i></li> </ul> </li> <li>• <i>Any other answer: ASYMPTOMATIC STATUS.</i></li> </ul>		
<b>Check off the box of patient's COVID-19 status:</b> <input type="checkbox"/> Asymptomatic <input type="checkbox"/> Suspected/Confirmed If the patient is considered a suspected/confirmed case of COVID-19, consult the dentist before making an appointment.		

<sup>a</sup> This condition excludes health workers who have cared for confirmed or suspected cases of COVID-19 wearing appropriate personal protective equipment.