

Si vous ne pouvez imprimer le questionnaire d'état de santé pour le remplir, voici un modèle d'exemplaire de version manuscrite avec tous les éléments qui doivent être obligatoirement mentionnés.

Covid 19 - Questionnaire Medical additionnel  
avant l'accès à des Soins orthodontique.

\* Patient

Nom Prénom  
né le

\* Représentant légal

Nom Prénom  
Adresse  
Commune code Postal  
n° de Portable  
Médecin Traitant

\* Etat de Santé du Patient dans les 14 jours précédant  
le rendez vous de Suivi orthodontique.

Fievre : ..... (oui ou non)  
Sensation de Fievre Sans Temperature : .....  
Fatigue / malaise : .....  
TOUX : .....  
Coughures : .....  
Perte de goût : .....  
Perte d'odorat : .....  
Céphalées / Douleur de Tête : .....  
Diarrhée : .....

\* "j'ai été / j'en ai pas été" en contact étroit avec une personne  
ayant présenté les signes détaillés ci dessus ou avec un  
cas confirmé d'infection à SARS - COV - 2 (Covid19), dans les  
14 jours qui précèdent la date du Rendez-vous.

\* Co-morbidités : ..... (oui ou non)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des Renseignements  
et j'accepte la réalisation des soins orthodontiques  
le jour.

A ..... de .....

Signature