

## Covid 19 - Questionnaire médical additionnel avant l'accès à des soins orthodontiques

### Identification du patient

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_\_

Sexe : M

F

### Représentant légal

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

N° Portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

### Etat de santé du patient dans les 14 jours précédant le rendez vous de suivi orthodontique :

**cliquer sur la réponse correspondante et préciser les dates d'apparition JJ/M/AA)**

Fièvre, précisez : OUI, température :..... °C depuis le \_\_\_\_\_, NON

Sensation de fièvre sans température : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ NON

Fatigue/malaise : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Toux : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Courbatures : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Perte de goût : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

