NOM PRENOM

DATE

COVID-19

docuDent.fr

Au cours des 14 derniers jours avez-vous été en contact avec une personne diagnostiquée covid-19 ?

NON ☐ OUI ☐

Avez-vous été malade au cours des 14 derniers jours ?

NON ☐ OUI ☐

Au cours des 14 derniers jours avez-vous eu un ou plusieurs de ces signes ?

NON ☐ OUI ☐

Si oui:

- fièvre ◯ combien ? °
- perte du goût et/ou de l'odorat ◯
- maux de tête ◯
- douleurs musculaires, courbatures ◯
- fatigue inhabituelle ◯
- toux ◯
- gêne respiratoire ◯
- nausées, diarrhée ◯

Avez-vous déjà été testé pour le covid-19 ? NON ☐ OUI ☐

si oui : Date du test : Négatif ☐ Positif ☐

A RESPECTER IMPÉRATIVEMENT LORS DE VOTRE RENDEZ-VOUS :

- soyez ponctuel
- gardez votre masque
- venez seul (sauf si accompagnant indispensable)
- limitez les objets personnels
- respectez gestes barrières et distanciation
- prévenez-nous si changement de votre état de santé

EN CAS D'APPARITION DE SYMPTÔMES AVANT LE RENDEZ VOUS, NOUS PRÉVENIR ET NE PAS VENIR AU CABINET DENTAIRE.