

COVID-19

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

- 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.