# **Docteur Rémy LEPELTIER Docteur Delphine RAGONIT-LEPELTIER**

Docteur en Chirurgie-Dentaire Docteur en Chirurgie-Dentaire

Certificat d’études cliniques spéciales Certificat d’étude cliniques spéciales

Mention orthodontie Mention orthodontie

Spécialiste qualifié en Orthopédie Dento-Faciale Spécialiste qualifiée en Orthopédie Dento-faciale

79 400 05 62 79 400 07 52

**Covid 19 - Questionnaire médical additionnel**

**avant l’accès à des soins orthodontiques**

<https://covid19-formulaire.orthodontie-info.fr/>

***PATIENT***

**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 :**

**(Entourer la réponse correspondante et préciser les dates d’apparition)**

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

Perte d’odorat : OUI, depuis le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / NON

Céphalées / Maux de tête : OUI, depuis le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / NON

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

**Exposition à des risques dans les 14 jours qui précèdent la date du rendez-vous :**

Le patient a-t-il été en contact étroit avec une personne ayant présenté les signes détaillés

ci-dessus : OUI / NON

Le patient a-t-il été en contact étroit avec un cas confirmé d’infection à SARS-CoV-2 (COVID 19): OUI / NON

**Le patient présente-t-il des facteurs de risque** (âge > 65 ans, diabète non équilibré, femme enceinte (3ème trimestre) maladie respiratoire chronique (asthme…), insuffisance rénale ou cardiaque, hypertension artérielle compliquée, terrain immuno-déprimé, traitement immunosuppresseur, obésité IMC>30)

ou un traitement quotidien : OUI / NON

***J’atteste sur l’honneur l’exactitude des renseignements et j’accepte la réalisation des soins orthodontiques ce jour.***

*A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Signature*** *(pour les mineurs, celle du représentant légal) :*

Cabinet d’Orthodontie et d’Orthopédie Dento-Faciale

Centre Descartes – 189 avenue de la Rochelle – 79000 Niort

Tel: 05 49 34 65 86 - Fax : 05 49 25 54 08- Mail : *lepeltier.remy@orange.f*r