

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2A : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR

Nom de la personne dépistée : _____	PRÉ-RDV	CLINIQUE
Veuillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur – Nom du patient : _____	Date :	Date :
1-Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou êtes-vous en attente de résultat d'un test de dépistage?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Présentez-vous les conditions suivantes :		
2-Fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3-Toux récente ou chronique qui s'est aggravée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4-Difficulté respiratoire (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5-Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte de goût)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6-Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7-Mal de gorge	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8-Diarrhée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9-Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19 ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<p>Je comprends qu'étant donné que la pandémie actuelle nécessite de nouvelles asepsies et de nouveaux protocoles, des mesures supplémentaires ont été prises pour améliorer encore la sécurité de tous les patients et membres du personnel. Pour couvrir le coût de l'équipement de protection individuelle (EPI) nouvellement incorporé et des protocoles d'infection, des frais supplémentaires seront ajoutés à votre facture. Je comprends que certains assureurs ne le reconnaissent pas encore.</p>		
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) : Signature pré-rdv : _____ Signature clinique : _____		

