

Cabinet dentaire du Dr Boullé
COVID19-FORMULAIRE D'ACCES AUX SOINS

Afin de vous proposer la meilleure prise en charge et de prévenir tout risque de contagion du SARS-CoV2, nous vous remercions de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous.

Toutes les questions doivent être complétées.

Le rendez-vous est-il pour vous-même ?

oui

non

Votre nom et prénom

Votre adresse email

Votre âge

Votre taille

Votre poids

Dans la mesure du possible, il est préférable de vous présenter seul au rendez-vous.

Si vous vous faites conduire, le chauffeur doit attendre à l'extérieur des locaux.

Si vous avez besoin d'une assistance au sein du cabinet, merci de vous limiter à un seul accompagnant.

Avez-vous la possibilité de venir seul comme cela est recommandé ?

oui

non

Avez-vous un schéma vaccinal complet contre la Covid19 (Vaccins ou guérison d'une contamination il y a moins de six mois) ?

oui

non

Merci de préciser la date de la dernière contamination ou de la dernière injection

..... / /

La Vaccination ne permet pas toujours une immunité totale, une décontamination est toujours possible avec des signes pouvant sembler minimes, vous rendant potentiellement contagieux pour d'autres personnes.

Nous vous remercions donc de remplir la suite du questionnaire

Êtes-vous, ou avez-vous été, cas contact avec une personne atteinte par la covid19 durant les 15 derniers jours ?

oui non

Êtes-vous, ou avez-vous été, cas contact avec une personne atteinte par la covid19 durant les 15 derniers jours ?

oui non

Avez-vous ressenti au cours des 15 derniers jours l'apparition de nouveaux symptômes tels que (plusieurs choix possibles) ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre ou sensation de fièvre | <input type="checkbox"/> Fatigue intense |
| <input type="checkbox"/> Perte de l'odorat | <input type="checkbox"/> Mal de gorge durant ces derniers jours |
| <input type="checkbox"/> Toux sèche | <input type="checkbox"/> Diarrhée durant les dernières jours |
| <input type="checkbox"/> Manque de souffle inhabituel à l'effort | <input type="checkbox"/> Apparition de douleurs articulaires diffuses, courbatures inhabituelles |
| <input type="checkbox"/> Perte du goût | <input type="checkbox"/> Rougeurs aux pieds ou mains |
| <input type="checkbox"/> Céphalées (Maux de tête) inhabituelles | <input type="checkbox"/> Aucun de ces symptômes |