

Docteur John FAES

Chirurgien-Dentiste

Spécialiste Qualifié en Orthopédie Dento-Faciale

Diplômé de l'Université Catholique de Louvain à Bruxelles (UCLouvain)

Enseignant clinique (UCLouvain) et Maître de stage (->2021)

Membre de la Commission de Reconnaissance des Spécialistes en ODF

-DU TOSSAOS (Apnées du sommeil)

-DU Orthodontie de l'adulte

-Certificat d'Orthoposturodentie



Cabinet d'Orthodontie & d'Orthopédie Dento-Faciale

Covid-19

Questionnaire médical additionnel

Avant l'accès à des soins orthodontiques

Docteur Camille RIGOUT - Collaboratrice

Chirurgien-Dentiste

Spécialiste Qualifiée en Orthopédie Dento-Faciale

Diplômée de UCLouvain

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom :
Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Né(e) le :
Numéro de Sécurité Sociale :

REPRESENTANT LEGAL :

Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
N°portable :	
Courriel :	
Médecin :	

ÉTAT DE SANTE DU PATIENT dans les 3 semaines précédant le rendez-vous de suivi orthodontique (merci de cocher la réponse correspondante et de préciser les dates d'apparition) :

Etes-vous allergique à l'iode :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (car utilisation de bain de bouche à base d'iode)	Fièvre (\geq à 38° C)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :
Toux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :	Sensation de fièvre sans température	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :
Fatigue/Malaise	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :	Céphalées/Maux de tête	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :
Nez qui coule	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :	Troubles intestinaux (diarrhées, vomissements, nausées, ...)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :
Perte de l'odorat et/ou du goût	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :	Courbatures et/ou douleurs :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :
Mal à la gorge	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :	Difficultés à respirer/essoufflements	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :
Hypertension	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Insuffisance cardiaque	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Pathologie particulière	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle :	Diabète	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, équilibré :
Avez-vous été en contact avec une personne présentant ces symptômes ou ayant été testée positive au Covid-19 ?			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand :
Avez-vous été testé au Covid-19 ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, quand et avec quel résultat ?		

Signature du patient
Ou responsable légal (si patient mineur)

Signature du praticien