



Anamnèse COVID-19

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° dossier : _____

Avez-vous été testé-e positif/ive à la COVID-19 durant les 5 derniers jours ?	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui
Durant les dernières 48h, avez-vous présenté un ou plusieurs des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none">- Fièvre (température > 37,5°)- Toux- Problèmes respiratoires ou aggravation récente de problèmes respiratoires connus- Perte d'odorat ou de goût- Rhume- Maux de gorge ou douleurs pharyngées- Maux de tête, douleurs musculaires ou articulaires- Nausées ou diarrhées	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui

Un seul élément positif de cette liste restreinte entraîne la non éligibilité du/de la patient-e pour des soins électifs et le conseil d'aller faire un dépistage COVID-19. Les urgences dentaires liées à des patient-es COVID-19 sont exclusivement prises en charge par la CORIM.

Date :

Signature :

NB : Cette anamnèse doit être intégrée au dossier du/de la patient-e