

### Identification du patient

Nom: BERTRAND  
Né le: 29.04.2010 Sexe  F  M









Prénom: Thibault

### Représentant légal

Nom: PARENT  
Adresse postale: 14 Rue Pierre gignereaux  
Commune: Beaune  
N° Portable: 06 61 17 95 37  
Médecin traitant: PINGOT

Prénom: Caroline  
Code postal: 21200  
courriel: cparentgros@gmail.com

### État de santé du patient et de l'accompagnant dans les 14 jours précédant le rendez-vous de suivi orthodontique (Cocher les cases correspondantes et préciser les dates d'apparition):

	Fièvre, précisez : _____°C	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON		Courbatures	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
	Sensation de Fièvre sans température	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON		Perte de goût / d'odorat	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
	Fatigue/malaise	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON		Céphalées/ Maux de tête	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
	Toux	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON		Diarrhée	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON

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

Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit <sup>1</sup> avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus?  OUI  NON

Le patient et l'accompagnant ont-ils été en contact étroit <sup>1</sup> avec un cas confirmé d'infection à SARS-CoV-2 (COVID 19)?  OUI  NON

Le patient et l'accompagnant présentent-ils des co-morbidités ?  
(diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immuno-déprimé, traitement immunosuppresseur, âge > 70 ans...)  OUI  NON

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.

<sup>1</sup>Un contact étroit est une personne qui a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) que le cas confirmé ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas et/ou pendant plus de 15 minutes, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.

À Beaune le 27.04.2024

Signature (pour les mineurs, celle du représentant légal)

