

# QUESTIONNAIRE MEDICAL COVID-19

Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.  
Il sera conservé dans votre dossier patient.

Nom et prénom(s) du patient : ..... Date de naissance : .....

1 - Avez-vous été diagnostiqué positif au COVID-19 ?

Oui  Non

Si oui : - Nombre de jours depuis le début des symptômes : .....  
- Nombre de jours depuis la fin de la fièvre : .....  
- Nombre de jours depuis la fin de la difficulté respiratoire : .....

Critères de guérison	
Population générale	Population immunodéprimée
Au moins 8 <sup>ème</sup> jour après le début des symptômes en s'assurant d'une absence de fièvre et de dyspnée depuis au moins 48h	Au moins 10 <sup>ème</sup> jour après le début des symptômes en s'assurant d'une absence de fièvre et de dyspnée depuis au moins 48h

----- Si vous avez répondu "oui" à la question 1, le questionnaire s'arrête ici -----

2 - A ce jour et dans les 2 dernières semaines avez-vous présenté les signes suivants ?

Fièvre (> 38 °C)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Difficulté respiratoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, date de fin : .....		Si oui, date de fin : .....	
Perte ou baisse de goût soudaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Toux sèche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Perte ou baisse d'odorat soudaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Courbatures inexpliquées :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fatigue soudaine inexpliquée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Céphalées (hors migraines connues)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diarrhées (chez patient >80 ans)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Altération de l'état général	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si oui à une question : avez-vous fait un test de dépistage pour le Covid-19 ?  Oui  Non

----- Si vous avez répondu "oui" à la question 2, le questionnaire s'arrête ici -----

3 - Dans les 14 derniers jours avez-vous côtoyé une personne diagnostiquée positive au COVID-19 ?

Oui  Non

----- Si vous avez répondu "oui" à la question 3, le questionnaire s'arrête ici -----

4 - Présentez-vous des facteurs de risque de développer une forme grave de la maladie ?

Age supérieur à 65 ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle avec complications (cardiaques, rénales, ou vasculo-cérébrales)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabète non équilibré ou présentant des complications	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pathologie chronique respiratoire (asthme sévère, SAOS, BPCO, mucoviscidose)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale chronique dialysée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Immunodépression congénitale ou acquise :	
- médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- par infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- liée à une hémopathie maligne en cours de traitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm-2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Syndrome drépanocytaire majeur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Antécédent de splénectomie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Grossesse au troisième trimestre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Merci de nous signaler tout changement concernant votre état de santé avant le RDV

Date :