

FORMULAIRE D'ORIENTATION DU PATIENT SOUPÇONNÉ DE COVID-19

Nous orientons :

Nom du patient : _

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Adresse :

Date de naissance :

Le patient a-t-il voyagé à l'extérieur de la province ou du pays au cours des 14 derniers jours?

___ Oui ___ Non

RISQUE DE COVID-19 : Le patient présente-t-il un ou plusieurs symptômes de COVID-19 ou de grippe (fièvre, toux sèche, mal de gorge, perte du goût ou de l'odorat), ou a-t-il été en contact avec une personne ayant subi un test de dépistage de la COVID-19 ou ayant obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 (ou une personne qui présente des symptômes de la maladie)?

___ Oui ___ Non

Renseignements sur les voyages antérieurs du patient et les symptômes liés à la COVID-19 : _____

Veuillez fournir les renseignements concernant l'urgence dentaire du patient, y compris les motifs de la principale préoccupation et de l'orientation, le numéro des dents concernées, le ou les traitements fournis (le cas échéant) et le ou les antécédents dentaires pertinents :

Antécédents médicaux pertinents :

(Veuillez fournir les antécédents médicaux à jour, y compris les médicaments et les allergies.)

Nom et signature du dentiste orienteur :

Numéro de téléphone du dentiste orienteur :
