

## Pandémie de COVID-19 – Formulaire de consentement quotidien destiné aux membres de l'équipe

Membre de l'équipe : \_\_\_\_\_

[FACULTATIF] Je comprends que le virus à l'origine de la COVID-19 est associé à une longue période d'incubation au cours de laquelle les porteurs du virus peuvent ne présenter aucun symptôme tout en étant contagieux. Certaines procédures de soins dentaires entraînent la projection de particules liquides ultrafines (aérosols) qui peuvent demeurer dans l'air pendant quelques minutes à quelques heures, ce qui peut contribuer à la transmission du virus à l'origine de la COVID-19. Dans le contexte de la pandémie actuelle, les procédures dentaires générant des aérosols devraient être évitées dans la mesure du possible, conformément aux règlements provinciaux. L'éloignement physique doit être observé dans les zones communes, bien que cela ne soit pas possible pendant la prestation ou l'assistance d'un traitement dentaire.

Je confirme que :

- Je ne présente AUCUN des symptômes de la COVID-19, notamment fièvre, toux, mal de gorge, essoufflement, troubles gastro-intestinaux, perte ou altération de l'odorat et du goût ou symptômes pseudogrippaux;
- Je n'ai pas reçu de diagnostic de COVID-19 positif au cours des 14 derniers jours;
- Je n'attends pas les résultats d'un test de laboratoire pour le dépistage de la COVID-19;
- Je n'ai effectué aucun voyage dans une région touchée au cours des 14 derniers jours [FACULTATIF];
- Je n'ai pas été en contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19.

J'ai vérifié si je faisais partie de la catégorie de personnes exposées à un risque élevé (p. ex., personnes immunodéprimées, personnes atteintes de diabète, de maladies cardiaques, d'asthme, de maladies pulmonaires ou personnes âgées de 60 ans et plus) et j'ai choisi librement de travailler.

Je comprends que, sous l'effet de la fréquence des visites d'autres membres du personnel, de dentistes et de patients, il existe un risque élevé de contracter la COVID-19 seulement en me présentant dans une clinique dentaire.

Je consens de plein gré et en toute connaissance de cause à travailler. Je comprends que je peux retirer mon consentement à offrir des soins dentaires ou à assister la prestation de soins dentaires à tout moment au cours de la journée.

Date du jour travaillé	Signature du Formulaire de consentement pour la date indiquée	Température

**Membre de l'équipe :** \_\_\_\_\_

Date du jour travaillé	Signature du Formulaire de consentement pour la date indiquée	Température