

Formulaire de consentement quotidien destiné au personnel de soutien dans le cadre de la pandémie de COVID-19

Membre du personnel : _____

Je comprends que le nouveau coronavirus est à l'origine de la maladie connue sous le nom de COVID-19. Je comprends que le nouveau coronavirus 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.

Je comprends que les procédures de soins dentaires entraînent la projection de particules liquides, ce qui représente un moyen de propagation du nouveau coronavirus. Les particules ultrafines projetées peuvent demeurer dans l'air pendant quelques minutes à quelques heures, ce qui peut contribuer à la transmission du coronavirus.

Je comprends que, sous l'effet de la fréquence des visites d'autres membres du personnel, des dentistes et des patients, ainsi qu'en raison des caractéristiques du nouveau coronavirus et des particularités des procédures de soins dentaires, je suis exposé à un risque élevé de contracter le coronavirus seulement en me présentant dans une clinique dentaire. _____ (Initiales)

J'ai pris connaissance des directives de l'Alberta Dental Association & College qui indiquent que la prestation de tout soin non urgent est interdite dans le cadre de la pandémie actuelle. Seuls les patients nécessitant des soins d'urgence devraient être autorisés à se présenter dans une clinique dentaire. Je confirme avoir lu et compris les *Guidelines on Emergency Treatment* [directives relatives aux traitements d'urgence] de l'Alberta Dental Association & College. _____ (Initiales)

Je confirme que je ne présente aucun des symptômes de la COVID-19 suivants relevés par l'Alberta Health Services :

- Fièvre (température > 38° C) _____ (Initiales)
- Toux _____ (Initiales)
- Mal de gorge _____ (Initiales)
- Essoufflement _____ (Initiales)
- Symptômes pseudogrippaux _____ (Initiales)

Je confirme avoir vérifié si je faisais partie de la catégorie de personnes exposées à un risque élevé

(p. ex., personnes atteintes de diabète, de maladies cardiaques, de maladies pulmonaires ou personnes âgées de 60 ans et plus) et avoir choisi de travailler. _____ (Initiales)

Je confirme ne pas être atteint par le nouveau coronavirus à l'heure actuelle. _____ (Initiales)

Je confirme que je n'attends pas les résultats d'un test de laboratoire pour le dépistage du nouveau coronavirus. _____ (Initiales)

Je confirme n'avoir effectué aucun voyage à l'extérieur du Canada, que ce soit en voiture, en avion, en autobus ou en train, au cours des 14 derniers jours. _____ (Initiales)

Je comprends que tout voyage à l'extérieur du Canada, que ce soit en voiture, en avion, en autobus ou en train, augmente considérablement mes risques de contracter et de transmettre le nouveau coronavirus. L'Alberta Health Services demande aux voyageurs de s'isoler complètement pour une période de 14 jours à partir de la date de retour au pays. _____ (Initiales)

Je comprends que l'Alberta Health Services exhorte tous les résidents de la province à conserver une distance d'au moins deux (2) mètres (6 pieds) entre eux et qu'il n'est pas possible de respecter cette distance et de fournir des soins dentaires ou d'assister la prestation desdits soins. _____ (Initiales)

J'ai vérifié que je n'ai pas été en contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19 ou une personne qui a reçu un résultat positif au test de dépistage du nouveau coronavirus et je confirme que je n'ai pas reçu de demande d'auto-isolement de la part de l'Alberta Health Services, de la division du contrôle des maladies transmissibles ou de tout autre organisme de santé gouvernemental. _____ (Initiales)

Je confirme que tous les renseignements que j'ai fournis sur le présent formulaire sont véridiques et exacts. Je consens de plein gré et en toute connaissance de cause à prodiguer des soins d'urgence aux patients le _____ (insérer la date), malgré la pandémie de COVID-19. 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 courant de la journée. Cela signifie que je peux changer d'avis.

Signature _____ Date _____

Nom en lettres moulées _____ Date _____