

### **Pandémie de COVID-19 – Formulaire de consentement quotidien destiné au personnel**

Je comprends que le nouveau coronavirus, alias la COVID-19, est associé à une période d'incubation pouvant atteindre 11 jours au courant de laquelle les porteurs du virus peuvent ne manifester que des symptômes négligeables, voire aucun symptôme, tout en étant contagieux.

Je confirme que je ne présente aucun des symptômes suivants : fièvre, toux, mal de gorge, essoufflement, symptômes pseudogrippaux.

Je confirme également que je n'ai pas obtenu de résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 et que je n'attends pas les résultats d'un test de laboratoire à cette fin. Je confirme que je n'ai pas effectué de voyage au cours des 14 derniers jours et je comprends qu'il est obligatoire de s'isoler complètement pour une période de 14 jours à partir de la date de retour au pays après un séjour à l'étranger ou au sein d'une région touchée par la COVID-19. De même, je n'ai pas été en « contact étroit » avec un cas confirmé de COVID-19 et je n'ai pas reçu de demande d'auto-isolement de la part d'une autorité réglementaire ou gouvernementale.

Je comprends que la COVID-19 représente une plus grande menace pour certaines personnes présentant des caractéristiques particulières (p. ex., personnes atteintes de diabète, de maladies cardiaques, de maladies pulmonaires ou personnes âgées de 60 ans et plus). J'ai pris la décision de travailler de plein gré et en toute connaissance de cause. Je comprends qu'une distance d'au moins deux (2) mètres (6,5 pieds) doit être maintenue entre toute personne et qu'il est impossible de respecter cette distance en fournissant des soins dentaires ou en assistant la prestation de tels soins.

Je suis conscient que seuls les patients présentant une véritable urgence dentaire sont autorisés à se présenter dans une clinique dans le cadre de la pandémie actuelle et qu'il convient d'éviter autant que possible toute procédure générant des aérosols. Je comprends la définition d'une véritable urgence dentaire.

Je comprends que les procédures dentaires entraînent la projection de particules liquides (aérosols) et que ces particules ultrafines projetées peuvent demeurer dans l'air possiblement pendant des heures. Bien que les études scientifiques sur les aérosols soient non concluantes, certains experts croient que ces gouttelettes pourraient transmettre la COVID-19. Je comprends qu'en raison des caractéristiques de la COVID-19 et de mes interactions avec les autres membres du personnel, les dentistes et les patients, je pourrais être exposé à un risque élevé de contracter la maladie dans le cadre de mon travail dans une clinique dentaire.

Je consens librement à prodiguer des soins d'urgence aux patients pendant la pandémie de COVID-19. Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment au courant d'une journée.

Nom en lettres moulées \_\_\_\_\_

Date de la journée travaillée	Signature du Formulaire de consentement pour la date indiquée

