



ASSOCIATION
DENTAIRE
FRANÇAISE

ÉVALUATION

des besoins en soins et des situations à risque

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone :

Age :

Souffrez-vous de problèmes cardiaques, pulmonaires, rénaux, hépatiques ? OUI NON

Présentez-vous un diabète non équilibré ? OUI NON

Avez-vous une pathologie ou un traitement qui baisse votre immunité ? OUI NON

Avez-vous un autre problème de santé ? OUI NON

Taille :

Poids :

Etes-vous enceinte au 3^{ème} trimestre de grossesse ? OUI NON

A ce jour, et dans les 3 dernières semaines, avez-vous eu un des symptômes suivants :

	OUI	NON		OUI	NON
Fièvre (> 38°C)			Difficulté respiratoire		
Perte de goût brutale			Toux sèche		
Perte d'odorat brutale			Courbatures		
Maux de gorge			Céphalées		
Diarrhées			Nausées, vomissements		

Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact étroitement avec :

	OUI	NON
Une personne présentant les signes ci-avant ?		
Une personne diagnostiquée COVID-19 ?		

Avez-vous été diagnostiqué positif au COVID-19 ? OUI NON