

**MADAME, MONSIEUR,**

**MERCI DE :**

- **BIEN LIRE LE PROTOCOLE DU  
DEROULEMENT DES SEANCES DU  
CABINET**
- **COMPLETER ET SIGNER LE  
QUESTIONNAIRE MEDICAL**
- **NOUS LE RENVOYER PAR MAIL OU  
SI VOUS N'Y ARRIVEZ PAS,  
PRESENTEZ-VOUS AVEC L'ORIGINAL  
AU CABINET.**

**[urgenceorthoducos@gmail.com](mailto:urgenceorthoducos@gmail.com)**

**Si vous présentez des signes ou si vous étiez en contact avec un cas confirmé d'infection à SARS-CoV-2 (Covid 19), merci de nous contacter par téléphone pour reporter votre RDV.**

**Secrétariat Docteur Ducos 04 42 09 07 51**

**lundi – vendredi de 9h à 11h et de 14h à 15h**

## Déroulement des séances du cabinet Docteur DUCOS

Le bon déroulement des soins orthodontiques dans un contexte de sécurité sanitaire conforme aux règles préconisées par la **Fédération Française d'Orthodontie** nécessite des modifications de l'organisation des cabinets orthodontiques.

Un protocole très strict est à respecter afin de limiter les risques de propagation du SARS-CoV-2 (COVID 19), protéger les patients ainsi que le personnel soignant.

Ces mesures de protection nous obligent à allonger la durée des rendez vous et à regrouper certains types d'actes.

### Déroulement des rendez vous :

**Un questionnaire médical** va vous être adressé. Il sera à compléter pour le patient et pour son accompagnant. Il est impératif de les remplir et de nous les faire parvenir signés (signé par le responsable légal si le patient est mineur). **Sans ces questionnaires signés, nous ne pourrons pas vous recevoir.**

**En fonction des réponses aux questionnaires votre rendez vous sera peut-être modifié.**

**Si votre appareil est décollé** (attache, bague ou fil de contention) : nous devons en être informés le plus tôt possible, avant le jour du rendez vous, afin de vous pouvoir effectuer la réparation dans les conditions d'asepsie que nécessite ce type d'acte.

**Accompagnants** : Le patient devra venir seul, ou si c'est obligatoire, accompagné d'une seule personne. Cet accompagnant pourra être aussi invité à attendre en dehors du cabinet.

**Si des démarches administratives sont nécessaires, merci de respecter les règles spécifiques du cabinet, en préservant les mesures barrières vis à vis du personnel d'accueil.**

**Les patients adultes** devront venir obligatoirement seuls.

**Le patient, comme l'accompagnant** devront porter un masque avant d'entrer dans le cabinet. Pour la sécurité de nos aînés (grand- parents) tous les enfants dès trois ans doivent obligatoirement porter un masque. Merci pour votre compréhension.

Dès leur arrivée, ils devront se laver les mains (Gel Hydro Alcoolique à dispositions), se présenter à la réception, et attendre en respectant les distances de sécurité.  
Précautions additionnelles en période d'épidémie (COVID-19) – FFO – v 23 avril 2020 15/22

**Une heure avant le rendez vous**, le patient devra se brosser les dents chez lui; le poste d'hygiène étant neutralisé pour des raisons sanitaires. De la même manière, l'accès aux toilettes est limité.

**Chaque patient et son éventuel accompagnant qui arrivera au cabinet devront suivre un protocole strict :**

Respecter les mesures barrières et notamment la distanciation physique et respecter le marquage au sol .

Se nettoyer les mains avec une solution hydro alcoolique.

Ne pas retirer son masque.

Toucher le moins d'objets possible dans le cabinet.

**Le patient devra uniquement enlever son masque à la demande de l'orthodontiste et le remettre immédiatement après le soin .**

# Covid 19 - Questionnaire médical additionnel avant l'accès à des soins orthodontiques

## Identification du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_\_ Sexe : M - F

## Représentant légal

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° Portable : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

## Etat de santé du patient dans les 14 jours précédant le rendez vous de suivi orthodontique :

**(Entourer la réponse correspondante et préciser les dates d'apparition)**

Fièvre, précisez : OUI, depuis le \_\_\_\_\_, température : .....°C / NON

Sensation de fièvre sans température : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Fatigue/malaise : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Toux : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Courbatures : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Perte de goût : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Perte d'odorat : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Céphalées / Maux de tête : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

Diarrhée : OUI, depuis le \_\_\_\_\_ / NON

**Exposition à des risques dans les 14 jours qui précèdent la date du rendez vous :**

Le patient a-t-il été en contact étroit<sup>1</sup> avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus : OUI / NON

Le patient a-t-il été en contact étroit<sup>1</sup> avec un cas confirmé d'infection à SARS-CoV-2 (COVID 19): OUI / NON

**Le patient présente-t-il des co-morbidités** (diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immuno-déprimé, traitement immunosuppresseur, âge > 70 ans,...) ou un traitement quotidien : OUI / NON

***J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements et j'accepte la réalisation des soins orthodontiques ce jour***

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature** (pour les mineurs, celle du représentant légal) :

*1 - Un contact étroit est une personne qui a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) que le cas confirmé ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas et/ou pendant plus de 15 minutes, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.*