

COVID 19-Précautions au sein du cabinet d'orthodontie

Chers patients,

Conformément aux recommandations de la FFO, l'équipe du Dr JOLIVET recommande :

- **A toutes personnes présentant des symptômes** (difficultés respiratoires, essoufflement, toux, rhino-pharyngite, fièvre, problèmes digestifs, perte de goût ou de l'odorat...) de ne pas se présenter à l'intérieur du cabinet et de nous appeler afin de reporter leur rendez-vous (01 42 78 16 63). Un **questionnaire médical additionnel** (ci –après) est à remplir avant votre consultation ou suivi orthodontique et à remettre à la secrétaire en arrivant.
- A toutes personnes entrant dans l'enceinte du cabinet de se laver les mains (**gel hydro alcoolique en entrant devant vous**) et de venir avec **un masque** à conserver jusqu'au fauteuil de consultation et à remettre après le soin.
- **Trois patients** seront accueillis **dans la salle d'attente** au maximum (dans le cas où il y aurait de l'attente, la secrétaire vous fera patienter à l'extérieur de l'immeuble et nous vous appellerons par téléphone afin de vous faire examiner). Un seul accompagnant par enfant sera autorisé et sera éventuellement invité à patienter à l'extérieur du cabinet.
- **Pour toutes les urgences (douleurs dentaires, fil qui pique) :**
Les assistantes feront de leur mieux pour trouver le rendez vous adapté à l'urgence et par rapport au planning. Nous vous rappelons qu'une bague décollée n'est pas une urgence orthodontique.
- **Pour tous les patients présentant des décollements (d'attache, de bague ou de fil de contention) :**
Nous devons en être informés le plus tôt possible et avant le rendez- vous afin d'effectuer la réparation dans les conditions d'asepsie nécessaires par le personnel soignant. Les seuls créneaux possibles seront ainsi ceux proposés par les assistantes.
Pour les débagages, les seuls créneaux possibles seront ceux proposés par les assistantes car le débagage nécessite aussi une prise en charge particulière par le personnel soignant.
- **L'utilisation de la salle d'hygiène** ne devra être utilisée que pour se laver les mains. Aucun brossage ne pourra s'effectuer dans l'enceinte du cabinet, ni pour se rincer la bouche. Nous vous recommandons de vous brosser les dents avant de venir au cabinet.

Afin de vous soigner dans les meilleures conditions, nous mettons en place toutes ces mesures et toute l'équipe sera équipée des tenues réglementées.

Nous comptons sur votre compréhension dans cette période difficile et nous vous en remercions.

Dr JOLIVET

COVID 19 -Questionnaire médical additionnel
Avant l'accès aux soins orthodontiques
(à remettre obligatoirement à l'assistante en arrivant)

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 avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus : OUI / NON

Le patient a-t-il été en contact étroit 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.