

DOCUMENT INFORMATIF PATIENT AVANT CONSULTATION

ANNEXE 1 : DOCUMENT INFORMATIF PATIENT (Envoyé par mail)

Vous avez rendez-vous avec le Docteur

Merci de bien respecter l'heure de votre rendez-vous.

Vous ne pourrez entrer accompagné au cabinet même de vos enfants.

Il vous faudra pratiquer les « gestes barrière » : lavage des mains et distanciation sociale avec respect d'une distance minimale d'un mètre entre les personnes que vous pourriez croiser dans la salle d'attente et au secrétariat.

Venez démaquillée, si vous devez bénéficier d'un traitement sur le visage

Merci de venir avec votre questionnaire médical préalablement signé que vous remettrez à votre praticien.

Pour la santé de tous, nous vous demandons de venir avec votre masque et votre stylo.

Du gel hydro alcoolique sera mis à votre disposition dès votre arrivée et éventuellement des surchaussures.

Mais si votre rendez-vous est déjà programmé, vous devrez le reporter si :

- dans les 3 semaines qui le précèdent vous avez été infecté (test positif) OU, sans avoir été testé, vous avez présenté des signes faisant suspecter une infection par coronavirus, vous devrez attendre 40 jours après l'apparition des signes cliniques avant de pouvoir bénéficier d'un traitement à visée esthétique ou de tout autre acte susceptible d'entraîner un état inflammatoire.

- dans les jours qui précèdent, vous avez été en contact sans protection avec une personne infectée par le Covid.

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DE SANTE

1 Sélection des patients en fonction de leur niveau de risque par un score :

AVEZ-VOUS PLUS DE 65 ANS ? OUI NON

SOUFFREZ VOUS DE D'UNE AFFECTION CHRONIQUE AVEC EVENTUELLE PRISE EN CHARGE ALD ?

OUI NON

EN PARTICULIER AVEZ-VOUS DU DIABETE ? OUI NON

UNE HYPERTENSION ARTERIELLE OU DES TROUBLES CARDIAQUES ? OUI NON

UNE OBESITE AVEC IMC > 30 OUI NON

Si le score est à zéro : Vous pouvez passer à la seconde partie du questionnaire.

Si le score est à 1 : Nous pourrions vous prendre en charge lors d'un créneau réservé pour les patients fragiles avec des mesures d'hygiène renforcées, nous contacter.

S'il est supérieur ou égal à 2 Nous devons différer vos soins à une période de moindre circulation du virus Covid.

2 Questionnaire Covid si Score à 0 ou 1

Ce questionnaire est établi selon les données communiquées par la direction générale de la santé quant aux manifestations cliniques pouvant être en rapport avec une infection par le coronavirus et aux facteurs de risques de présenter une forme grave de Covid(Circulaire du 16/03/2020)

PENSEZ-VOUS AVOIR OU AVOIR EU DE LA FIEVRE CES DERNIERS JOURS (frissons, sueur) OUI
 NON

AVEZ-VOUS DES COURBATURES, DES MAUX DE TÊTE, DES DOULEURS THORACIQUE OU UN
ECOULEMENT NASAL ? OUI NON

DEPUIS CES DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS UNE TOUX OU UNE AUGMENTATION DE VOTRE TOUX
HABITUELLE ?

OUI NON

CES DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS NOTÉ UNE FORTE DIMINUTION OU UNE PERTE DE VOTRE GOUT
OU DE VOTRE ODORAT ? OUI NON

CES DERNIERS JOURS AVEZ-VOUS EU MAL A LA GORGE ? OUI NON

CES DERNIERES 24H AVEZ-VOUS EU DE LA DIARRHEE (Au moins 3 selles molles) ? OUI NON

CES DERNIERS JOURS, RESSENTEZ-VOUS UNE FATIGUE INHABITUELLE ? OUI NON