

Attestation à remplir dans le cadre des visites en établissement en période de pandémie Covid-19

Nom et Prénom :

N° de téléphone :

Personne visitée :

Je m'engage à :

- Remplir sincèrement avant chaque visite l'auto-questionnaire**, et, pour chacune des questions de l'auto-questionnaire, numérotée de 1 à 12 avoir répondu : **non**

RAPPEL : L'auto-questionnaire (en page 2) n'est pas à remettre à l'établissement

- Avoir pris connaissance du protocole d'allègement post vaccinal des mesures de protection à l'EHPAD
- A respecter les consignes de visite détaillées dans le protocole d'allègement post vaccinal des mesures de protection à l'EHPAD (avec le risque de suspension du droit de visite en cas de manquements)
- A informer sans délai l'établissement en cas de diagnostic ou de suspicion d'une atteinte par le Covid 19

Je consens, par la présente signature, à la conservation de cette attestation par l'établissement organisant la visite.

Date et signature :

AUTO-QUESTIONNAIRE

Cet auto-questionnaire est destiné à s'assurer, selon un principe de précaution, que vous ne présentez pas de signes ou symptômes rencontrés dans le repérage du Covid-19, ou que vous n'avez pas été en contact avec des personnes potentiellement malades.

Chacune des questions posées est importante pour votre propre santé et pour celle des résidents. La sécurité de ceux-ci et des personnels de l'établissement dépend de l'exactitude de vos réponses. Cet impératif de sécurité publique dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 explique qu'une réponse positive à l'une de ces questions entraînera une contre-indication temporaire à la visite. Afin de faciliter la mise en place de ces visites, il vous est donc demandé, autant que possible, de préparer ces réponses lors de votre prise de rendez-vous téléphonique, pour faciliter un éventuel besoin de report.

Ce questionnaire doit cependant être à nouveau rempli à l'arrivée dans l'établissement.

Ce questionnaire n'est pas à visée diagnostic et ne saurait se substituer à la consultation avec un médecin traitant. En cas de réponse positive à l'une de ces questions, il vous est donc conseillé de contacter votre médecin traitant.

Si des questions présentes dans ce questionnaire amène à une gêne, vous conservez la possibilité de ne pas remplir certaines questions et de renoncer à la visite à tout moment. Chaque refus de réponse est ainsi assimilé à une réponse positive entraînant une contre-indication temporaire.

Vous devez apporter réponse à chacune des questions numérotées de 1 à 12, en entourant chaque réponse

1	Avez-vous été atteint du Covid 19 dans les 15 derniers jours ?	oui	non
Présentez-vous ce jour ou avez-vous présenté dans les 48 heures précédentes un des signes suivants :			
2	De la fièvre (température égale ou supérieur à 37,8) ?	oui	non
3	Des courbatures ?	oui	non
4	De la toux ?	oui	non
5	Des signes ORL : rhume, angine, pharyngite (en dehors de la rhinite ou d'une conjonctivite allergique diagnostiquée) ?	oui	non
6	Une perte de l'odorat sans nez bouché ou une perte du goût des aliments (distincte de la perte d'appétit) ?	oui	non
7	Des maux de tête inhabituels ?	oui	non
8	Des troubles digestifs (nausée, vomissement, diarrhée) ?	oui	non
9	Une fatigue inhabituelle ?	oui	non
10	D'autres signes comme des moments de désorientation ou des chutes inexplicables ?	oui	non
11	Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID 19 ?	oui	non
12	Avez-vous été en contact avec une personne qui présentait l'un des signes mentionné dans les questions 1 à 10 ?	oui	non