

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.

À l'issue de ce questionnaire, vous signerez une attestation intitulée « Attestation à remplir dans le cadre des visites en établissement en période de pandémie Covid-19 ». Cette attestation sera conservée

comme attestant de votre consentement et de la sincérité de vos réponses.

Les informations recueillies sont confidentielles. Ce questionnaire ne sera pas remis à l'établissement. Vous pourrez le conserver ou le détruire après votre visite.

Si des questions présentes dans ce questionnaire amènent 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.

Questionnaire

Vous devez apporter réponse à chacune des questions numérotées de **1** à **12**, en cochant chaque réponse.

En cas de questions ou de difficulté, veuillez-vous rapprocher du personnel de l'établissement.

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 présentant des symptômes du Covid-19 ?

oui

non

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

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

Personne visitée :

J'atteste

– Avoir sincèrement rempli l'auto-questionnaire et, pour chacune des questions de l'auto-questionnaire, numérotée de 1 à 12 avoir répondu : non ;

– Avoir pris connaissance de la Charte ;

– M'engager à respecter les consignes de visite détaillées dans la charte et respecter l'ensemble des gestes barrières.

Je m'engage à informer sans délai l'établissement en cas de diagnostic ou de suspicion d'une atteinte par le Covid-19 dans les 8 jours.

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

Date, horaire de la visite, et signature :