

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 entrainera 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 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 entrainant une contre-indication temporaire.

**Vous devez apporter réponse à chacune des questions numérotées de 1 à 12, en entourant 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 |
|    | <b>Présentez-vous ce jour ou avez-vous présenté dans les 48 heures précédentes un des signes suivants :</b>            |     |     |
| 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 |

Date, horaire de la visite, et signature :

***Prévoir l'en-tête de l'établissement***

**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.