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. Il s’agit d’un impératif de sécurité publique dans le cadre de la lutte contre le Covid-19. Ainsi en cas de réponse positive à l’une de ces questions, vous pourrez être invité à procéder à un test de diagnostic par RT-PCR, sur décision de votre médecin traitant.**

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 différer votre intégration au sein de l’établissement et de contacter votre médecin traitant.

À l’issue de ce questionnaire,vous signerez une attestation intitulée « Attestation à remplir par le professionnel 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.

***Vous devez apporter réponse à chacune des questions numérotées de 1 à 13, 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 |
|  | **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 inexpliquées ? | 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 |
| 13. | Avez-vous été en contact étroit avec une personne, elle-même connue pour être un cas contact à risque de développer la maladie ? | oui | non |

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

***Attestation à remplir par le professionnel en période de pandémie Covid-19***

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

J’atteste :

🞎 Avoir sincèrement rempli l’auto-questionnaire et, pour chacune des questions de l’auto-questionnaire, numérotée de 1 à 13 avoir répondu : **non**

🞎 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.

Date, et signature :