

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.

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.

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
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 :