

EVALUATION DU RISQUE COVID-19 ACCOMPAGNANTS ET VISITEURS

Nom d'usage :	Prénom :	Sexe : F / M
Nom de naissance :	Date de naissance :	Age :
Visiteur <input type="checkbox"/> Accompagnant <input type="checkbox"/>		
Adresse Visiteur/Accompagnant (Ville) : _____		
Tél. Visiteur/Accompagnant (obligatoire) : _____		
Nom/Prénom Patient concerné : _____		Service : _____
Date : / /		*Signature du Visiteur/Accompagnant :
Heure : ____ h ____		

1. Avez-vous actuellement, ou avez-vous eu dans les jours précédents, un ou plusieurs des symptômes suivants DE FACON INHABITUELLE ?

Symptômes majeurs :

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Fièvre ou sensation de fièvre | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Toux sèche | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Difficultés à respirer | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Perte de l'odorat | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Perte de goût | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Symptômes mineurs :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Maux de gorge | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Ecoulement nasal (« nez qui coule ») | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Douleur thoracique | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Douleur musculaire, courbatures | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Fatigue importante | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Céphalées (« maux de tête ») | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Diarrhées | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Nausées et/ou vomissements | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Eruption cutanée ou engelures / crevasses aux doigts ou à la main | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

2. Avez-vous été en contact étroit avec une personne atteinte de COVID-19 (de façon prouvée) au cours des 14 derniers jours ? OUI NON

(Face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact)

3. Etes-vous en attente d'un résultat pour un dépistage COVID-19 réalisé récemment ? OUI NON

En cas de réponse positive à :

1 symptôme majeur + 1 symptôme mineur ou 2 symptômes mineurs ou Contact étroit avec personne atteinte de COVID au cours des 14 derniers jours ou un résultat RT-PCR en attente

→ Visite refusée

Date et heure : _____ Nom du professionnel de santé : _____

*Vous reconnaissez exactes les informations données et vous engagez à respecter les mesures barrières et consignes qui vous ont été énoncées en amont de la visite, notamment concernant le respect du nombre maximal de personnes par chambre. Ce questionnaire tient lieu de registre des visites et sera conservé par la Direction de l'établissement durant le temps de la crise COVID-19.