

EVALUATION DU RISQUE COVID-19 ACCOMPAGNANTS ET VISITEURS

Nom d'usage :	Prénom :		Sexe: F/M
Nom de naissance :	Date de naissance :		Age:
/isiteur □ Accompagnant □			
dresse Visiteur/Accompagnant (Ville):			
rél. Visiteur/Accompagnant (obligatoire) :			
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
Nom/Prénom Patient concerné :	Service :		
Date : //	*Signature du Vi	siteur/A	accompagnant :
Heure:h	-		
Avez-vous actuellement, ou avez-vous eu	dans les jours précédents	un ou	nlusieurs de
symptômes suivants <u>DE FACON INHABITUEL</u>		un ou	piusieurs de
Symptômes majeurs :		- c	
- Fièvre ou sensation de fièvre		□ OUI	
- Toux sèche			
- Difficultés à respirer			□ NON
- Perte de l'odorat - Perte de goût			□ NON □ NON
Symptômes mineurs :		□ 001	- NON
- Maux de gorge		□ OUI	□ NON
- Ecoulement nasal (« nez qui coule »)			
- Douleur thoracique			
- Douleur musculaire, courbatures			□ NON
- Fatigue importante			
- Confusion (« pensées qui se mélangent », désor			
- Céphalées (« maux de tête)			
- Diarrhées		□ OUI	□ NON
- Nausées et/ou vomissements		□ OUI	□ NON
- Eruption cutanée ou engelures / crevasses aux d		□ OUI	□ NON
Avez-vous été en contact étroit avec une pers		□ OUI	□ NON
de COVID-19 (de façon prouvée) au cours de Face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 r		pour le c	ontact)
Etas vaus an attanta d'un résultat nous un dé	nistage COVID 10		
Etes-vous en attente d'un résultat pour un dé réalisé récemment ?		□ OUI	□ NON
En ene de véne	nao masikiwa à v		
En cas de répo 1 symptôme majeur + 1 symptôme mineur <u>ou</u> 2		ct átrait	avec porcoppo
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	· ·		. avec personne
atteinte de COVID au cours des 14 derniers jo	ours <u>ou</u> un resultat RT-PCR en	attente	
→ Visite refusée			
Date et heure : Nom du	professionnel de santé :		

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au service DPO par e-mail sur l'adresse dpo@clinique-blois.com; Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

^{*}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.