

EVALUATION DU RISQUE COVID-19 ACCES DES PATIENTS, ACCOMPAGNANTS ET VISITEURS

Nom usuel :	Prénom :	Sexe :
Nom de naissance :	Date de naissance :	Age :
<input type="checkbox"/> PATIENT : Service : _____		
<input type="checkbox"/> VISITEUR / Patient concerné : _____ Service : _____		
ACCOMPAGNANT Adresse Visiteur : _____		
Tél. Visiteur : _____		* Signature du Visiteur / Accompagnant :
Date et Heure de Visite : _____		

1. Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?

Symptômes majeurs :

- Fièvre ou sensation de fièvre OUI NON
- Température (si prise à la « douane ») :** _____
- Toux sèche OUI NON
- Difficultés à respirer OUI NON
- Perte de l'odorat OUI NON
- Perte de goût OUI NON

Symptômes mineurs :

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

2. Avez-vous été en contact étroit avec une personne atteinte de COVID (de façon prouvée) au cours des 15 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. Avez-vous séjourné à l'étranger, en Guyane ou à Mayotte dans les 14 jours précédents ? 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 15 derniers jours

→ **Patient** : prévenir médecin urgentiste pour une consultation dans la zone suspect COVID-19

→ **Visiteur** : visite refusée

En cas de séjour à l'étranger, en Guyane ou à Mayotte dans les 14 derniers jours : Réalisation d'un test RT-PCR et d'une sérologie pour le SARS-CoV-2 lors de l'admission en hospitalisation

Date et heure : _____ Nom du professionnel de la « douane » : _____

Pour les patients : Ce présent questionnaire est intégré au dossier du patient.

*** Pour les visiteurs / accompagnants** : 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.