

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 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Température (si prise à la « douane ») : _____ | | |
| - 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 (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)

<p>En cas de réponse positive à :</p> <p>1 symptôme majeur + 1 symptôme mineur ou</p> <p>2 symptômes mineurs ou</p> <p>Contact étroit avec personne atteinte de COVID au cours des 15 derniers jours</p> <p>→ Patient : prévenir médecin urgentiste pour une consultation dans la zone suspect COVID-19</p> <p>→ Visiteur : visite refusée</p>
--

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. 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.