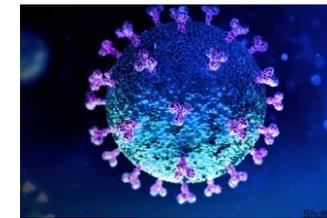


AUTO QUESTIONNAIRE COVID 19 A REMPLIR LE JOUR DE LA VISITE AVANT D'ARRIVER A L'HOPITAL



COVID 19 VISITEUR

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 autres. La sécurité de ceux-ci et des personnels de l'établissement dépend de l'exactitude de vos réponses. Cet impératif de sécurité publique dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 explique qu'une réponse positive à l'une de ces questions pourra entraîner un report éventuel de la visite. Afin de faciliter l'accès à l'hôpital, il vous est donc demandé, autant que possible, de répondre au questionnaire le jour de la visite avant de venir à l'hôpital.

En cas de réponse positive à l'une de ces questions, il vous est donc conseillé de contacter votre médecin traitant.

À l'issue de ce questionnaire, vous signerez une attestation intitulée « **Attestation à remplir dans le cadre des visites en établissement en période de pandémie Covid-19** ». Cette attestation sera conservée dans le dossier médical du patient visité comme attestant de votre consentement et de la sincérité de vos réponses. Les informations recueillies sont confidentielles.

Si des questions présentes dans ce questionnaire amènent à une gêne, vous conservez la possibilité de ne pas remplir certaines questions. Chaque refus de réponse est ainsi assimilé à une réponse positive entraînant une éventuelle contre-indication temporaire.

AUTO QUESTIONNAIRE COVID 19

A REMPLIR LE JOUR DE LA VISITE

AVANT D'ARRIVER A L'HOPITAL

Vous devez apporter réponse à chacune des questions numérotées de 1 à 12, en entourant chaque réponse

En cas de questions ou de difficulté, veuillez-vous rapprocher du personnel de l'établissement en appelant les consultations externes au 04 90 04 34 13.

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 qui présentait l'un des signes mentionné dans les questions 1 à 10 ?	oui	non

Attestation à remplir avant de venir en consultation au CH du pays d'Apt en période de pandémie Covid-19

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

Consultation du Docteur :

J'atteste :

Avoir sincèrement rempli l'auto-questionnaire et, pour chacune des questions de l'auto-questionnaire, numérotée de 1 à 12 avoir répondu : **non**

Avoir pris connaissance de la Charte visiteur

M'engager à respecter l'ensemble des mesures barrières (port obligatoire du masque, distanciation physique d'au moins 1,5m et hygiène des mains par friction avec une solution hydroalcoolique)

M'engager à respecter l'organisation et les circuits définis pour le parcours de soins par l'hôpital d'Apt

M'engager 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, horaire de la consultation, et signature :