

Attestation à remplir dans le cadre des consultations réalisées en période de pandémie Covid-19

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

Date, horaire de la consultation :

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**

M'engager à respecter les consignes détaillées en première page et respecter l'ensemble des gestes barrières

Je 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 organisant la consultation.

Date, signature :



COVID-19 (CORONAVIRUS) : POUR LA SÉCURITÉ DE TOUS, PROTÉGEONS-NOUS !



VOUS DEVEZ VENIR EN CONSULTATION, VOTRE ACCUEIL A ETE ORGANISE DE MANIERE A VOUS ASSURER UNE PRISE EN CHARGE EN TOUTE SECURITE.

NOUS VOUS REMERCIONS DE VEILLER A RESPECTER L'ORGANISATION MISE EN PLACE POUR VOTRE SECURITE, CELLE DES AUTRES PATIENTS ET DU PERSONNEL.



Venez seul
Respectez l'heure de votre consultation
Présentez vous au plus tôt **30 mn avant** votre consultation



Si vous êtes accompagné, l'accompagnant devra rester à l'extérieur de l'établissement sauf si situation de handicap (dépendance, troubles cognitifs importants)
Dans ce cas, l'accompagnant devra respecter les mesures barrières



Lavez-vous les mains avant de venir



Entrez à l'hôpital avec un masque et portez-le en permanence

- Suivez le circuit et ne déambulez pas
- Respectez une distance de 1m50 avec les autres personnes en particulier dans les files ou salles d'attentes
- Installez vous sur les chaises libres (non barrées) dans les salles d'attente
- Ne serrez pas les mains



Frictionnez vos mains à la **Solution Hydro Alcoolique** en sortant de consultation

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 professionnels de santé. La sécurité de tous dépend de l'exactitude de vos réponses. Cet impératif de santé publique dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 explique qu'une réponse positive à l'une de ces questions entrainera une contre-indication temporaire à la consultation.

Ce questionnaire n'est pas à visée diagnostic et ne saurait se substituer à la consultation avec un médecin traitant. 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 devez signer l'attestation (page 4 de ce document). Cette attestation sera conservée comme attestant de votre consentement et de la sincérité de vos réponses.

Les informations recueillies sont confidentielles. Ce document sera détruit après votre visite.

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

Vous devez répondre 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.

1 Avez-vous été testé positif au Covid 19 ? 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