

## Auto-questionnaire de santé dans le cadre de l'épidémie Covid-19

- A remplir avant toute visite de famille ou d'intervention aux Jardins du Castel.

### **Public concerné :**

Toutes les familles ou les proches venant aux Jardins du Castel en visite ainsi que tous les intervenants extérieurs.

Cet auto-questionnaire est destiné à s'assurer, selon un principe de précaution, que vous ne présentez pas de signes ou symptômes de la Covid-19, ou que vous n'avez pas été en contact avec des personnes potentiellement malades.

### **Réalisation :**

Cet auto-questionnaire est à remplir **OBLIGATOIREMENT AVANT TOUTE VISITE.**

- Les pages 2 et 3 sont à garder auprès de vous : les données écrites sont personnelles et confidentielles.
- Seule la page 1 est à nous remettre dans la boîte prévue à cet effet.

Vous devez apporter une réponse à chacune des questions, en cochant chaque réponse (oui ou non).

Une absence de réponse est assimilée à une réponse positive.

Un test RT-PCR ou antigénique négatif précédant l'auto-questionnaire n'exonère pas d'une suspension de visite en cas de case cochée « oui ».

Un résultat d'un test de dépistage négatif récent, ne vous autorise pas à ne pas respecter les règles.

### **Engagement :**

Je déclare avoir lu ce document et rempli les questionnaires de signes cliniques et de situations à risques, en m'engageant sur l'honneur à répondre à l'ensemble des questions en toute honnêteté.

Selon les recommandations de ce document je m'engage en cas de réponse positive

- ➔ à reporter ma visite pour une durée minimale d'une semaine
- ➔ à réaliser un test par RT-PCR SARS COV2 en cas de réponse positive
- ➔ à contacter mon médecin traitant et à suivre ses recommandations avant de pouvoir de nouveau effectuer une visite.

**Je m'engage à respecter strictement pendant toute la durée de ma visite, les consignes suivantes rappelées par la personne qui m'accueille au sein de l'établissement.**

- port du masque pendant toute la durée de la visite
- hygiène des mains au minimum à l'entrée et à la sortie de l'établissement
- distanciation physique avec mon proche : ex ne pas s'asseoir sur son lit, ne pas lui donner à manger...

Nom et prénom du visiteur ou de l'intervenant : .....

Résident concerné : .....

Signature (obligatoire)

## AUTO-QUESTIONNAIRE VISITEURS ET INTERVENANTS EHPAD JDC

### Questionnaire de signes cliniques

Présence de signes cliniques dans les deux semaines précédentes et ce jour :		Non	Oui
1	Signes généraux		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Température &gt; 38°C</li> <li>o Prise d'antipyrétique (paracétamol, aspirine) récente et inhabituelle</li> <li>o Frissons ou courbatures</li> <li>o Fatigue intense</li> <li>o Courbatures, douleurs musculaires, douleurs Articulaires</li> </ul>		
2	Signes digestifs		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Douleurs abdominales</li> <li>o Diarrhées</li> <li>o Nausées, vomissement</li> </ul>		
3	Signes respiratoires		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Toux, crachats</li> <li>o Gêne respiratoire, essoufflement</li> </ul>		
4	Signes ORL		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Eternuement, écoulement nasal (hors contexte allergique connu)</li> <li>o Perte de gout</li> <li>o Perte d'odorat</li> </ul>		
5	Signes cardiologiques		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Extrémités froides</li> <li>o Palpitations,</li> <li>o Malaise inexpliqué</li> </ul>		
6	Signes neurologiques		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Maux de tête,</li> <li>o Désorientation</li> <li>o Chutes, troubles de l'équilibre</li> </ul>		
7	Signes ophtalmologiques		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Larmoiement (hors contexte allergique connu)</li> <li>o Conjonctivite (hors contexte allergique connu)</li> <li>o Démangeaisons des paupières (hors contexte allergique connu)</li> </ul>		
8	Signes cutanés d'apparition récente		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Lésions cutanées des extrémités évocatrices d'engelures douloureuses</li> <li>o Présence de bleus inhabituels, rougeurs, croûtes et démangeaisons</li> </ul>		

**Toute réponse positive aux questions 1 à 4 nécessite la réalisation en urgence d'un test RT PCR**

**Toute réponse positive aux questions 1 à 8 nécessite un avis médical (consultation ou télé-consultation)**

**Toute réponse positive entraîne une interdiction de visite pour une durée déterminée avec votre médecin.**

# AUTO-QUESTIONNAIRE VISITEURS ET INTERVENANTS EHPAD JDC

## Questionnaire de situations à risques

	Avez-vous été confronté à l'une des situations à risques suivantes :	Non	Oui
9	Contact ponctuel étroit (<1 mètre) et/ou prolongé (>15 minutes) avec une personne atteinte du COVID 19 ou qui présentait un des signes cliniques mentionné dans les questions 1 à 8 ?		
10	Séjour de plus de 24h au sein d'un lieu dans lequel la circulation du virus est élevée (cluster).		
11	Participation à un rassemblement de nombreuses personnes sans distanciation physique ni port de masque pendant toute la durée de l'évènement : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Repas de famille</li><li>○ Mariages</li><li>○ Funérailles</li><li>○ Garde d'enfants</li></ul>		
12	Activités sportives, associatives et culturelles <ul style="list-style-type: none"><li>○ Sports collectifs</li><li>○ Sports en salle</li><li>○ Jeux collectifs (domino, échecs, scrabbles,...)</li><li>○ Réunions dans un local fermé de plus de 10 personnes sans respect de la distanciation physique</li><li>○ Manifestations culturelles dans un espace clos</li></ul>		
13	Déplacement <ul style="list-style-type: none"><li>○ Voyage en voiture sans masque avec des personnes étrangères à votre entourage habituel</li><li>○ Transport en commun sans port de masque</li></ul>		
14	Autres situations <ul style="list-style-type: none"><li>○ Toute situation durant laquelle vous avez pu être sans port de masque en contact ponctuel étroit (&lt;1 mètre) et/ou prolongé (&gt;15 minutes) avec une personne dont vous ignorez sa situation/Covid</li></ul>		

➤ **Toute réponse positive nécessite la réalisation d'un test PCR après avis auprès de votre médecin traitant si nécessaire.**

- **Un test PCR positif de moins de 8 jours nécessite une annulation des visites à l'EHPAD pendant une durée d'au moins 8 jours suivant le résultat du test.**

### **IMPORTANT :**

**L'auto-questionnaire pages 2 et 3 sont à remplir si possible à votre domicile et à conserver par vous-même.**

**Lors de votre venue aux Jardins du Castel, vous devrez juste remplir la première page relative à votre engagement qui sera à signer.**

**Merci de votre compréhension.**