

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

- *À remplir avant toute visite de famille ou de proche en établissement médico-social accueillant des personnes âgées (résidence autonomie et EHPAD) ou accueillant des personnes handicapées à risques de forme grave.*

Public concerné :

Toutes les familles ou les proches venant en visite dans des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées à risque de forme grave. 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.

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 ".

Réalisation :

Cet auto-questionnaire est à remplir AVANT TOUTE VISITE.

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.

Cet auto-questionnaire est personnel et confidentiel.

Vous n'avez pas à remettre à l'établissement les pages 2 et 3, mais vous pouvez les communiquer à votre médecin traitant.

Engagement :

Nom :

Prénom :

n° téléphone :

Personne visitée :

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 données par la personne qui m'accueille au sein de l'établissement.

Signature :

Mention information doc "Attestation à remplir dans le cadre des visites en établissement en période de pandémie Covid-19 "

Mention RDGP

Cette présente attestation sur l'honneur sera conservée **30 jours** à des fins de "contact tracing ". À l'issue de ce délai, les données seront détruites. L'attestation sur l'honneur **est obligatoire** dans le cadre des visites en établissement en période de pandémie Covid-19 et conservée dans le dossier des résidents.

Les destinataires de vos données personnelles sont :

- les personnels en charge de l'accueil des visiteurs
- les personnels en charge des soins des résidents
- toutes les autorités de santé qui sont en charge de la lutte contre pandémie Covid-19

Conformément à la réglementation européenne relative à la protection des données à caractère personnel, le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 dit RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, pour les données collectées, qui vous concernent. Vous disposez également du droit de décider du sort de vos données après votre décès.

Pour plus d'information sur ce thème, veuillez contacter notre délégué à la protection des données par téléphone au 02 72 77 24 43 ou par mail au dpo@choletgglomeration.fr.

Vous pouvez faire valoir vos droits, en effectuant une demande écrite en ligne accompagnée de la copie d'un titre d'identité par voie électronique à l'adresse dpo@choletgglomeration.fr ou par courrier postal adressé à l'adresse suivante : Agglomération du Choletais – Délégué à la protection des données personnelles BP 32135 – 49321 Cholet cedex.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez déposer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), soit sur leur site internet " www.cnil.fr ", soit par courrier, à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

AUTO-QUESTIONNAIRE VISITEURS EHPAD

Questionnaire de signes cliniques

Présence de signes cliniques dans les deux semaines précédentes et ce jour :		Non	Oui
1	Signes généraux		
	<input type="checkbox"/> Température > 38° C <input type="checkbox"/> Prise d'antipyrétique (paracétamol, aspirine) récente et inhabituelle <input type="checkbox"/> Frissons ou courbatures <input type="checkbox"/> Fatigue intense <input type="checkbox"/> Courbatures, douleurs musculaires, douleurs articulaires		
2	Signes digestifs		
	<input type="checkbox"/> Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> Diarrhées <input type="checkbox"/> Nausées, vomissement		
3	Signes respiratoires		
	<input type="checkbox"/> Toux, crachats <input type="checkbox"/> Gêne respiratoire, essoufflement		
4	Signes ORL		
	<input type="checkbox"/> Éternuement, écoulement nasal (hors contexte allergique connu) <input type="checkbox"/> Perte de goût <input type="checkbox"/> Perte d'odorat		
5	Signes cardiologiques		
	<input type="checkbox"/> Extrémités froides <input type="checkbox"/> Palpitations <input type="checkbox"/> Malaise inexplicable		
6	Signes neurologiques		
	<input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Chutes, troubles de l'équilibre		
7	Signes ophtalmologiques		
	<input type="checkbox"/> Larmolement (hors contexte allergique connu) <input type="checkbox"/> Conjonctivite (hors contexte allergique connu) <input type="checkbox"/> Démangeaisons des paupières (hors contexte allergique connu)		
8	Signes cutanés d'apparition récente		
	<input type="checkbox"/> Lésions cutanées des extrémités évocatrices d'engelures douloureuses <input type="checkbox"/> Présence de bleus inhabituels, rougeurs, croûtes et démangeaisons		

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 EHPAD

Questionnaire de signes 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 24 h 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 : <input type="checkbox"/> Repas de famille <input type="checkbox"/> Mariages <input type="checkbox"/> Funérailles <input type="checkbox"/> Garde d'enfants		
12	Activités sportives, associatives et culturelles <input type="checkbox"/> Sports collectifs <input type="checkbox"/> Sports en salle <input type="checkbox"/> Jeux collectifs (domino, échecs, scrabbles, etc.) <input type="checkbox"/> Réunions dans un local fermé de plus de 10 personnes sans respect de la distanciation physique <input type="checkbox"/> Manifestations culturelles dans un espace clos		
13	Déplacement <input type="checkbox"/> Voyage en voiture sans masque avec des personnes étrangères à votre entourage habituel <input type="checkbox"/> Transport en commun sans port de masque		
14	Séjour à l'étranger <input type="checkbox"/> Retour de séjour à l'étranger depuis moins de 14 jours <input type="checkbox"/> Contact à risque avec une personne ayant séjourné à l'étranger depuis moins de 14 jours		
15	Autres situations <input type="checkbox"/> Toute situation durant laquelle vous avez pu être sans port de masque en contact ponctuel étroit (< 1 mètre) et/ou prolongé (> 15 minutes) avec une personne dont vous ignorez sa situation/Covid		

- **Toute réponse positive nécessite la réalisation d'un test PCR**
- **Un test PCR positif (sans aucun signe clinique) nécessite un report de visite d'au moins 7 jours** (durée à valider selon chaque situation avec votre médecin traitant)
- **Un test PCR négatif autorise une visite avec renforcement de l'application des mesures barrières tant au sein de l'établissement qu'avec votre entourage pendant 7 jours après l'exposition au risque**
- **Pendant cette période vous devez procéder à un remplissage quotidien du questionnaire de signes cliniques.**
- **L'apparition d'un seul de ces signes vous interdirait toute visite, un avis médical et la réalisation d'un nouveau test de dépistage après avis médical.**