



QUESTIONNAIRE LORS DE LA VISITE

(Contexte COVID)

EHPAD Arc en ciel

EHPAD Barbusse

Date et heure de la visite : Le / / à h.....

Nom et prénom du visiteur : En qualité de

Personne visitée :

Avez-vous pris connaissance de la Charte ? Oui Non

(Si oui : la personne dépose la charte signée)

Engagez-vous à respecter les consignes de visite et gestes barrière? Oui Non

Si des questions présentes dans ce questionnaire amènent à une gêne, le visiteur conserve la possibilité de ne pas y répondre, mais il renonce à la visite. Chaque refus de réponse est assimilé à une réponse positive entraînant une contre-indication temporaire de visite.

1	Avez-vous été atteint du Covid 19 dans les 15 derniers jours ?	oui	non
2	Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID 19 ?	oui	non
Présentez-vous ce jour, ou avez-vous présenté dans les 48 heures précédentes, un des signes suivants :			
3	De la fièvre (température égale ou supérieur à 38°) sans traitement antipyrétique dans les dernières 12h ?	oui	non
4	Des courbatures ?	oui	non
5	De la toux, essoufflement ?	oui	non
6	Des signes ORL : rhume, angine, pharyngite, conjonctivite (en dehors de la rhinite ou d'une conjonctivite allergique diagnostiquée) ?	oui	non
7	Une perte de l'odorat sans nez bouché ou une perte du goût des aliments (distincte de la perte d'appétit) ?	oui	non
8	Des maux de tête inhabituels ?	oui	non
9	Des troubles digestifs (nausée, vomissement, diarrhée) ?	oui	non
10	Une fatigue inhabituelle ?	oui	non
11	D'autres signes comme des moments de désorientation ou des chutes inexplicables ?	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

M....., futur visiteur, atteste avoir sincèrement répondu au questionnaire.

- Une des réponses est « oui »** : la visite est annulée, le visiteur et le résident en sont informés.
- L'ensemble des réponses étant « non »** : la visite est accordée, le visiteur est installé, selon la procédure définie dans la charte.

Le visiteur s'engage à informer sans délai l'établissement en cas de diagnostic ou de suspicion d'une atteinte par le Covid 19 dans les 8 jours.

Le visiteur consent, par la présente signature, à la conservation de ce document par l'établissement organisant la visite.

M....., professionnel de la structure

M....., visiteur