

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

- A 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 :

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.

Date :

Nom et prénom :

Signature

Version du 14/11/2020

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 | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> o Température > 38°C o Prise d'antipyrétique (paracétamol, aspirine) récente et inhabituelle o Frissons ou courbatures o Fatigue intense o Courbatures, douleurs musculaires, douleurs Articulaires | | |
| 2 | Signes digestifs | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> o Douleurs abdominales o Diarrhées o Nausées, vomissement | | |
| 3 | Signes respiratoires | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> o Toux, crachats o Gêne respiratoire, essoufflement | | |
| 4 | Signes ORL | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> o Eternuement, écoulement nasal (hors contexte allergique connu) o Perte de goût o Perte d'odorat | | |
| 5 | Signes cardiologiques | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> o Extrémités froides o Palpitations, o Malaise inexpliqué | | |
| 6 | Signes neurologiques | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> o Maux de tête, o Désorientation o Chutes , Troubles de l'équilibre | | |
| 7 | Signes ophtalmologiques | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> o Larmoiement (hors contexte allergique connu) o Conjonctivite (hors contexte allergique connu) o Démangeaisons des paupières (hors contexte allergique connu) | | |
| 8 | Signes cutanés d'apparition récente | | |

Date :

- Lésions cutanées des extrémités évocatrices d'engelures douloureuses
- 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 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"> ○ Repas de famille ○ Mariages ○ Funérailles ○ Garde d'enfants | | |
| 12 | Activités sportives, associatives et culturelles <ul style="list-style-type: none"> ○ Sports collectifs ○ Sports en salle ○ Jeux collectifs (domino, échecs, scrabbles,...) ○ Réunions dans un local fermé de plus de 10 personnes sans respect de la distanciation physique ○ Manifestations culturelles dans un espace clos | | |
| 13 | Déplacement <ul style="list-style-type: none"> ○ Voyage en voiture sans masque avec des personnes étrangères à votre entourage habituel ○ Transport en commun sans port de masque | | |
| 14 | Autres situations <ul style="list-style-type: none"> ○ 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.**