

## 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 ET à valider la charte de responsabilité. Je consens, par la présente signature, à la conservation de cette charte par l'établissement organisant la visite.

Nom et prénom :

Signature :

Date :



## 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"> <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 entraine 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"> <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**

- **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.**