

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 :

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 avant d'effectuer une visite.

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.

Si vous répondez oui à une des questions, vous devez reporter votre visite et éventuellement consulter votre médecin traitant. Un test RT-PCR ou antigénique négatif avant l'auto-questionnaire n'exonère pas d'une suspension de visite en cas de case cochée « oui ».

A votre entrée dans l'établissement, nous vous demanderons de vous engager sur le fait que vous avez rempli le questionnaire, et que vous avez répondu « non » à toutes les questions.

En cas de doute ou de questionnement, n'hésitez pas à téléphoner avant votre visite.

Merci de votre compréhension

AUTO-QUESTIONNAIRE VISITEURS EHPAD

Questionnaire de signes cliniques (à ne pas transmettre à l'établissement)

	Présence d'au moins un signe clinique dans les deux semaines précédentes et ce jour :	Non	Oui
1	Signes généraux		
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Température > 38°C <input type="radio"/> Prise d'antipyrétique (paracétamol, aspirine) récente et inhabituelle <input type="radio"/> Frissons ou courbatures <input type="radio"/> Fatigue intense <input type="radio"/> Courbatures, douleurs musculaires, douleurs Articulaires 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Signes digestifs		
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Douleurs abdominales <input type="radio"/> Diarrhées <input type="radio"/> Nausées, vomissement 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Signes respiratoires		
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Toux, crachats <input type="radio"/> Gêne respiratoire, essoufflement 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Signes ORL		
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Eternuement, écoulement nasal (hors contexte allergique connu) <input type="radio"/> Perte de gout <input type="radio"/> Perte d'odorat 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Signes cardiologiques		
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Extrémités froides <input type="radio"/> Palpitations, <input type="radio"/> Malaise inexpliqué 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Signes neurologiques		
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Maux de tête, <input type="radio"/> Désorientation <input type="radio"/> Chutes, troubles de l'équilibre 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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		
	<ul style="list-style-type: none"> o Lésions cutanées des extrémités évocatrices d'engelures douloureuses o 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 téléconsultation)

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

AUTO-QUESTIONNAIRE VISITEURS EHPAD

Questionnaire de situations à risques (à ne pas transmettre à l'établissement)

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