

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION ET DE PRÉ-VISITE EN USLD DANS LE CADRE DU COVID-19

Ce questionnaire d'auto-évaluation est téléchargeable sur le site internet du Centre Hospitalier Rives de Seine (CHRDS) www.ch-rivesdeseine.fr. Merci de bien vouloir l'imprimer et le renseigner avant la visite, puis le remettre à l'agent référent lors de votre venue sur site. Vos réponses vous engagent.

Si vous répondez « Oui » à l'une de ces questions, nous vous demandons de reporter votre visite et vous conseillons de consulter un médecin avant de venir voir votre proche.

Si vous répondez « Non » à toutes ces questions vous pouvez venir visiter votre proche.

*Cochez la case
correspondant
à votre réponse*

- | | |
|--|---|
| 1. Avez-vous pris connaissance de la Charte des visites autorisées dans le cadre du Covid-19 ?
La charte rendue signée vaut acceptation des règles. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Avez-vous compris les consignes de visite ?
Si ce n'est pas le cas, quelles sont vos interrogations ?

.....

..... | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Avez-vous été malade dernièrement ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Avez-vous subi un test de dépistage Covid-19 ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Avez-vous subi un scanner pulmonaire ?

A ce jour, avez-vous : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6. De la fièvre ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Des maux de tête ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Des courbatures ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 9. Des troubles digestifs (exemple : diarrhées) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 10. Des moments de désorientation ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 11. Une perte de l'odorat ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 12. Une perte du goût (à distinguer de l'envie de manger) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 13. Avez-vous subi des chutes dernièrement ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Nom :

Prénom :

Résident(e) visité(e) :

Date :

Signature du visiteur