

Je rends visite à mon proche dans un établissement accueillant des personnes âgées

JE ME TESTE

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.

Chacune des questions posées est importante pour votre propre santé et pour celle des résidents. La sécurité de ceux-ci et des personnels de l'établissement dépend de l'exactitude de vos réponses. Il s'agit d'un impératif de sécurité publique dans le cadre de la lutte contre le COVID-19. Ainsi en cas de réponse positive à l'une de ces questions, vous pourrez être invité à procéder à un test de diagnostic par RT-PCR, sur décision de votre médecin traitant.

Ce questionnaire n'est pas à visée diagnostic et ne saurait se substituer à la consultation d'un médecin traitant.

En cas de réponse positive à l'une de ces questions, il vous est donc conseillé de différer votre visite au sein de l'établissement et de contacter votre médecin traitant.

Continuez de respecter les gestes barrières pour préserver votre santé et celle de vos proches.



Je fais le test



Nom, Prénom :

Date de la visite :

Vous devez apporter une réponse à chacune des questions numérotées de 1 à 13, en entourant chaque réponse.

En cas de questions ou de difficultés, veuillez-vous rapprocher du personnel de l'établissement.

1	Avez-vous été atteint du COVID-19 dans les 15 derniers jours ?	OUI	NON
Présentez-vous ce jour ou avez-vous présenté dans les 48 heures précédentes un des signes suivants :			
2	De la fièvre (température égale ou supérieure à 37,8) ?	OUI	NON
3	Des courbatures ?	OUI	NON
4	De la toux ?	OUI	NON
5	Des signes ORL : rhume, angine, pharyngite (en dehors de la rhinite ou d'une conjonctivite allergique diagnostiquée) ?	OUI	NON
6	Une perte de l'odorat sans nez bouché ou une perte du goût des aliments (distincte de la perte d'appétit) ?	OUI	NON
7	Des maux de têtes inhabituels ?	OUI	NON
8	Des troubles digestifs (nausée, vomissement, diarrhée) ?	OUI	NON
9	Une fatigue inhabituelle ?	OUI	NON
10	D'autres signes, comme des moments de désorientation ou des chutes inexplicables ?	OUI	NON
11	Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID-19 ?	OUI	NON
12	Avez-vous été en contact avec une personne présentant des symptômes du COVID-19 ?	OUI	NON
13	Avez-vous été en contact étroit avec une personne, elle-même connue pour être un cas contact à risque de développer la maladie ?	OUI	NON

GROUPE SOS Seniors

47 rue Haute Seille - 57000 Metz

Tél. : 03 87 22 21 24 - dg.seniors@groupe-sos.org

