

## VISITEURS

### **AUTO-QUESTIONNAIRE de santé préalable à toute VISITE d'un résident d'EHPAD/USLD ou d'un établissement médico-social handicap accueillant des personnes à risques de forme grave de Covid-19**

(A remplir par la famille ou toute personne avant chaque visite)

**Ce questionnaire est à remplir AVANT la date prévue de la visite auprès du résident accueilli dans l'établissement médico-social.**

#### Publics concernés :

Famille, tuteur ou relation d'un résident, bénévole, ou tout autre visiteur intervenant dans un service et/ou un établissement médicosocial accueillant des personnes âgées (**EHPAD, USLD**) ou des personnes en situation de handicap à risques de forme grave de Covid-19 (dans certains **ESMS handicap, dont polyhandicapés**).

Cet auto-questionnaire est destiné à s'assurer, selon un principe de précaution, que vous ne présentez pas de **signes ou symptômes évocateurs d'une infection à Covid-19**, ou que vous n'avez pas été confronté à des **situations à risque** de contracter le virus.

#### **Consignes de remplissage :**

***Vous devez apporter réponse à chacune des questions 1 à 14 suivantes, en entourant chaque réponse (oui ou non).***

***Une seule réponse positive doit vous conduire à reporter votre projet de visite.***

Liste des 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) dans les 12 heures avant la prise de température</li> <li>o Frissons ou courbatures,</li> <li>o Fatigue intense</li> <li>o Courbatures</li> <li>o Douleurs musculaires</li> <li>o Douleurs Articulaires</li> </ul>	Non Non Non Non Non Non Non	Oui Oui Oui Oui Oui Oui Oui
2	Signes digestifs		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Douleurs abdominales</li> <li>o Diarrhées,</li> <li>o Nausées, vomissement</li> </ul>	Non Non Non	Oui Oui Oui
3	Signes respiratoires		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Toux</li> <li>o Expectorations</li> <li>o Gêne respiratoire</li> <li>o Essoufflement</li> </ul>	Non Non Non Non	Oui Oui Oui Oui
4	Signes cardiologiques		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Extrémités froides</li> <li>o Palpitations,</li> <li>o Malaise inexplicable</li> </ul>	Non Non Non	Oui Oui Oui
5	Signes neurologiques		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Maux de tête,</li> <li>o Désorientation</li> <li>o Chutes</li> <li>o Troubles de l'équilibre</li> </ul>	Non Non Non Non	Oui Oui Oui Oui
6	Signes ORL et OPH		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Eternuement,</li> <li>o Ecoulement nasal</li> <li>o Perte de goût,</li> <li>o Perte d'odorat</li> <li>o Larmoiement</li> <li>o Conjonctivite</li> <li>o Démangeaisons des paupières</li> </ul>	Non Non Non Non Non Non Non	Oui Oui Oui Oui Oui Oui Oui
7	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>	Non Non	Oui Oui

### Listes des situations à risques

	<b>Avez-vous été confronté à l'une des situations à risques suivantes dans les deux semaines précédentes ?</b>	Non	Oui
8	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 7 ?	Non	Oui
9	Séjour au sein d'une zone à risque : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Séjour à l'étranger ou à Mayotte ou en Guyane</li> <li>○ Séjour en métropole de plus de 24 h au sein d'une région dans laquelle la circulation du virus est élevée (foyer épidémique (cluster) ou incidence anormalement élevée) et durant lequel vous avez pu être sans port de masque en contact ponctuel étroit (&lt;1 mètre) et/ou prolongé (&gt;15 minutes) avec une personne étrangère à votre entourage proche habituel</li> </ul>	Non Non	Oui Oui
10	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>○ Cousinades</li> <li>○ Pique-niques, barbecues...</li> </ul>	Non Non Non Non Non	Oui Oui Oui Oui Oui
11	Activités sportives <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sports collectifs de ballon ou de contact en plein air et en milieu clos</li> <li>○ Sports ou activité de musculation en salle (distanciation physique &lt;1m et pas d'aération ou ventilation de la salle)</li> <li>○ Activités sportives lors des vacances sans distanciation physique (ex : activités de plage)</li> </ul>	Non Non Non	Oui Oui Oui
12	Activité associative culturelle ou autre <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Réunions dans un local fermé de plus de 10 personnes sans respect de la distanciation physique</li> <li>○ Manifestations culturelles (festivals, concerts...)</li> </ul>	Non Non	Oui Oui
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>	Non Non	Oui Oui
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>	Non	Oui

#### **Conduite à tenir :**

**Toute réponse positive aux questions 1 à 10 relatives aux signes cliniques nécessite :**

- La réalisation d'un test RT PCR
- Une consultation auprès de votre médecin traitant

**Toute réponse positive aux questions 11 À 14 relatives aux SITUATIONS À RISQUE peut orienter vers la réalisation d'un test PCR après analyse de chaque situation.** En l'absence de test, un remplissage quotidien du questionnaire des symptômes est nécessaire pour une durée de sept jours