

Autoquestionnaire

pour les visites des familles et de l'entourage

Je soussigné(e)

En qualité d'Époux, épouse, fils, fille, autre (Barrer la mention inutile).....

Rendre visite à



J'atteste avoir lu et signé la charte de responsabilité relative au droit de visite accordé aux familles en période d'épidémie et à la respecter.

Je confirme avoir été et être exempt de tout symptôme :

- absence de fièvre, de signes respiratoires, de signes ORL ou de signes digestifs) au cours des 15 derniers jours et jusqu'à aujourd'hui
- Absence de fièvre confirmée par une prise de température sur place



Je confirme également ne pas avoir pris de traitement anti pyrétique (paracétamol, aspirine) dans les 12h précédant mon arrivée en établissement.

La COVID 19 est une maladie mal connue qui peut se manifester par de nombreux symptômes : douleurs abdominales, diarrhées, nausées, vomissement, toux, gêne respiratoire, essoufflement, extrémités froides, palpitations, malaise , maux de tête, désorientation, chutes, éternuement, larmolement, écoulement nasal, perte de gout, perte d'odorat, lésions cutanées des extrémités évocatrices d'engelures douloureuses, présence de bleus inhabituels, rougeurs, croûtes et démangeaisons.

Fait le

Signature



Rennes
Maison de retraite

