

# Check-list d'entrée pour visiteur en EHPAD

## Jour de la visite

### (Filtrage des entrées dans le cadre de la crise sanitaire COVID-19)

#### Pour les visites en complément du registre

Nom :

Prénom :

Nom du proche visité : \_\_\_\_\_

Avez-vous pris connaissance de la Charte ?  Oui  Non

Charte rendue signée (vaut acceptation des règles)  Oui  Non

Avez-vous subi un test de dépistage Covid-19 ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, quand ? .....résultats du test ? .....

Déclare ne pas avoir pris, dans les 12h précédant la visite, un traitement antipyrétique (paracétamol, aspirine, etc.)

Présentez-vous ou avez-vous présenté dans les 15 jours qui précèdent la visite :

Fièvre supérieure à 37,8° C ou sensation de fièvre

Courbatures

Toux

Rhinopharyngite

Céphalées inhabituelles

Diarrhée

Vomissement

Difficultés à respirer

Modification du goût et/ou perte d'odorat

Contact avec personne COVID+

Contact avec une personne ayant de la fièvre, ou des courbatures ou des céphalées ou une toux, ou une rhinopharyngite, ou ayant une diarrhée ou des vomissements

**Si l'un des critères est coché, la personne est interdite d'entrer**

Date :

Signature :