

Formulaire d'engagement et de déclaration des symptômes COVID-19 pour les visites sur les unités de soins en centre hospitalier

Installation : _____

Considérant la situation actuelle liée à la COVID-19, je soussigné(e), _____, souhaite visiter _____ («l'usager») actuellement hospitalisé en unité de soins.

Je comprends que la décision de rendre visite à cet usager en contexte de pandémie entraîne des risques à mon égard, à l'égard de l'usager, des membres du personnel et **nécessite le respect de certaines obligations de ma part.**

Lors de ma présence au centre hospitalier et à l'unité de soins, **je m'engage à agir en conformité avec les directives** émises par le CIUSSS MCQ (« l'établissement »), par les autorités de la Santé publique ou par le gouvernement concernant la COVID-19 et plus précisément :

- À respecter les règles de prévention des infections, notamment :
 - l'hygiène des mains à l'entrée et à la sortie de l'installation;
 - l'hygiène des mains à l'entrée et à la sortie de la chambre;
 - l'utilisation conforme du **masque (couvre le nez et le menton en tout temps)**, des équipements de protection requis ainsi que le respect des enseignements effectués.
- À limiter mes déplacements à la chambre de l'usager que je visite et à respecter les consignes qui me sont données au regard de mes déplacements;
- À limiter l'entrée de nourriture ou de biens personnels à ce qui est strictement essentiel à l'intérieur de l'installation et de l'unité de soins;
- À limiter les contacts avec les autres visiteurs, les autres usagers et les membres du personnel afin de faciliter le respect de la distanciation physique et de réduire les risques de propagation;
- À informer l'établissement promptement si je présente des symptômes liés à la COVID-19 et de cesser de me présenter à l'installation et à l'unité de soins, et ce, jusqu'à ce que mon état soit rétabli. Aucun visiteur ayant reçu un diagnostic de COVID-19 confirmé, en investigation ou symptomatique ne sera accepté.

J'ai lu et compris ce qui précède et j'ai eu l'occasion d'adresser toutes mes questions. J'ai pris la décision de rendre visite à l'usager et j'accepte de manière libre et éclairée les conditions émises dans le présent formulaire ainsi que les risques inhérents. **À défaut de respecter cet engagement, je reconnais que le CIUSSS MCQ pourrait mettre fin à la permission qui m'est accordée.**

Cochez si vous attestez n'avoir aucun symptôme s'apparentant à la COVID-19 tels que :

- Toux récente ou aggravation d'une toux chronique
- Fièvre
- Difficultés respiratoires
- Perte soudaine d'odorat, accompagnée ou non d'une perte de goût.

Signature

Date : _____ Heure : _____

AAAA-MM-JJ

HH : MM

Le formulaire rempli doit être acheminé au Service des archives.