

Nom Madame :

Nom Monsieur :

Date :

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire a pour objectif de vous protéger et de protéger les personnels soignants au cours de la période d'épidémie de Covid-19. Il vous sera demandé d'y répondre, individuellement, à plusieurs reprises au cours de votre prise en charge.

En répondant à ce questionnaire, par écrit ou par oral, **vous engagez votre responsabilité personnelle**. Une falsification des réponses peut avoir des conséquences graves pour votre santé et celle des professionnels de santé. Les activités d'AMP peuvent être stoppées si les membres du personnel soignant sont malades ou s'ils ont été en contact avec des personnes infectées.

Merci de signaler à l'équipe d'AMP dans les plus brefs délais tout changement de votre situation qui modifierait vos réponses à ce questionnaire.

| Au cours des 2 dernières semaines avez-vous | Madame | | Monsieur | |
|---|--------|-----|----------|-----|
| | OUI | NON | OUI | NON |
| été diagnostiqué (e) positif au Covid-19 ? | | | | |
| eu une température > 38°C ? (merci de prendre votre température) | | | | |
| ressenti des courbatures ? | | | | |
| eu une toux ou des difficultés pour respirer ? | | | | |
| eu mal à la gorge ? | | | | |
| eu des maux de têtes ? | | | | |
| eu de la diarrhée ? | | | | |
| eu une perte de goût ou de l'odorat ? | | | | |
| eu le nez bouché ? | | | | |
| eu des engelures ? | | | | |
| été en contact avec une personne qui a l'un des symptômes cités ci-dessus ? | | | | |
| été en contact avec une personne diagnostiquée positive pour le Covid-19 ? | | | | |

Signature Madame

Signature Monsieur

| Avez-vous des manifestations différentes de celles données lors du premier questionnaire ? | Madame | | Monsieur | |
|--|--------|-----|----------|-----|
| | OUI | NON | OUI | NON |
| Date 2 : | | | | |
| Date 3 : | | | | |
| Date 4 : | | | | |
| Date 5 : | | | | |
| Date 6 : | | | | |
| Date 7 : | | | | |

| | |
|--|---|
| <p>Définition d'un contact : En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact : hygiaphone ou autre séparation physique (vitre) ; masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas ou le contact ; masque grand public fabriqué selon la norme AFNOR ou équivalent porté par le cas et le contact,</p> <p>Contact à risque : toute personne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable - Ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque ; - Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ; - Ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel ...) pendant au moins 15 minutes avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ; - Étant élève ou enseignant de la même classe scolaire (maternelle, primaire, secondaire, groupe de travaux dirigés à l'université). | <p>Contact à risque négligeable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toutes les autres situations de contact ; - Cas de Covid-19 déjà identifié, confirmé par RT-PCR ou sérologie dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage, guéri ou encore malade, en tenant compte des instructions s'appliquant aux cas confirmés si le patient est toujours malade. |
|--|---|

N.B. Ces définitions ne s'appliquent pas à l'évaluation des contacts à risque d'un professionnel de santé hospitalier survenus dans un contexte de soins, pour lequel une évaluation spécifique doit être réalisée par le médecin du travail et l'équipe opérationnelle d'hygiène.