

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT POUR LE PROCHE RECEVANT LA VISITE D'UN USAGER À DOMICILE EN CONTEXTE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19

Afin de vous permettre de prendre une décision éclairée, vous devez bien comprendre les risques inhérents au fait de recevoir une personne hébergée à domicile en contexte de pandémie de la COVID-19 :

- en recevant un résident, le risque que cette personne, ou nous-même contractent la COVID-19 est augmenté;
- en recevant à mon domicile une personne hébergée, le risque que les personnes dans le domicile contractent la COVID-19 est augmenté;
- qu'au surplus les personnes plus à risque de développer des complications après avoir contracté la COVID-19 sont celles âgées de 70 ans et plus et/ou celles présentant un facteur de vulnérabilité notamment une maladie cardiovasculaire, une maladie pulmonaire, de l'hypertension, du diabète, de l'insuffisance rénale chronique et/ou les personnes immunodéprimées.

En fonction de ce qui précède, je soussigné _____ :

- atteste avoir compris les risques inhérents à cette visite mentionnés ci-haut;
- atteste avoir pris connaissance des informations sur la surveillance des symptômes, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et l'utilisation des équipements de protection individuelle;
- me conformerai aux conditions et aux consignes à respecter s'appliquant dans mon milieu ou recommandées par l'établissement et les autorités de santé publique en matière de protection et de contrôle des infections;
- informerai les responsables du milieu de vie en cas d'apparition de tout symptôme (fièvre, apparition ou aggravation d'une toux, difficulté respiratoire, perte subite de l'odorat sans congestion nasale accompagnée ou non de perte de goût);
- s'engage à effectuer un test de dépistage dès l'apparition de tout symptôme et d'informer les responsables du milieu de vie (hébergement) du résultat;
- accepte de porter l'équipement de protection individuelle approprié;
- comprends qu'en cas de non-respect des conditions et des consignes prescrites par l'établissement ou par les autorités de santé publique, l'établissement peut mettre fin à cette possibilité de visite à domicile.

Signature

Date (aaaa/mm/jj)