

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT

Je, soussigné _____, m'engage, pour toute la durée de mon stage, à prendre toutes les précautions nécessaires afin d'éviter tout risque de propagation de la COVID-19, soit :

- Suivre la formation PCI organisée par l'établissement ;
- Prendre ma température de façon quotidienne avant de me déplacer dans une des installations du CISSS de Laval ;
- Respecter les consignes de distanciation physique de 2 mètres autant que possible avec les collègues, les superviseurs, le personnel, etc. ;
- Envisager l'utilisation d'équipement de protection individuelle (ÉPI) non seulement dans les situations cliniques, mais aussi dans des situations d'enseignement où la distanciation de 2 mètres n'est pas possible ;
- Porter le masque en continu pour les stagiaires qui ont des contacts avec des patients à moins de 2 mètres ;
- Faire la surveillance étroite des symptômes de la COVID-19 ;
- Procéder rapidement à un test diagnostique en présence de symptômes de la COVID-19 ;
- En cas de diagnostic confirmé de COVID-19, informer immédiatement mon superviseur de stage, mon milieu de stage et mon médecin traitant.

Je confirme ne pas présenter des symptômes suivants :

- | | |
|--|---------------------------------|
| ▪ Fièvre | ▪ Mal de tête |
| ▪ Apparition ou aggravation d'une toux | ▪ Douleur musculaire |
| ▪ Difficulté à respirer | ▪ Fatigue intense |
| ▪ Perte subite de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût | ▪ Perte importante de l'appétit |
| ▪ Mal de gorge | ▪ Vomissements |
| | ▪ Diarrhée |

1. Est-ce que vous prévoyez travailler dans un établissement de santé et de services sociaux 14 jours avant votre période de stage ou pendant votre période de stage?
 Oui : nommez l'établissement : _____ Non
2. Est-ce que vous prévoyez être en stage dans un établissement de santé et de services sociaux 14 jours avant votre période de stage? Oui Non
3. Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, à votre connaissance, est-ce que ce ou ces milieu(x) est(sont) en éclosion de la COVID-19? Oui Non

Le présent engagement prend effet à partir de la date de signature de celui-ci.

Nom et prénom du stagiaire : _____

Signature du stagiaire : _____

Date (JJ-MM-AAAA) : _____