

## FORMULAIRE D'ENGAGEMENT – VERSION 2 décembre 2020

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 ;
- Faire la surveillance étroite de mes symptômes de la COVID-19;
- Procéder rapidement à un test diagnostique en présence de symptômes de la COVID-19 ;
- Respecter les consignes de distanciation physique de 2 mètres autant que possible avec les collègues, les superviseurs, le personnel, etc. ;
- Utiliser l'équipement de protection individuelle (ÉPI) minimal (masque de procédure et protection oculaire) non seulement dans les situations cliniques, mais aussi dans les situations d'enseignement ;
- Porter le masque en continu sauf lorsqu'on est seul dans un bureau fermé et pour boire /manger dans un endroit désigné en respectant la distance de 2 mètres avec autrui.
- Porter la protection oculaire pour les stagiaires qui ont des contacts avec des patients à moins de 2 mètres ;
- Aviser immédiatement mon superviseur de stage en cas de contact avec une personne positive à la COVID-19 au cours des 14 derniers jours, autant dans ma vie professionnelle que personnelle ;
- 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 nommez l'établissement : \_\_\_\_\_
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 : \_\_\_\_\_

Date (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ Maison d'enseignement : \_\_\_\_\_