

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT – VERSION 1^e octobre 2021

Prénom et nom	
Discipline de stage	
Maison d'enseignement	
Courriel	
Téléphone	

Je soussigné, _____, confirme être adéquatement protégé contre la COVID-19 ET 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 :

Un étudiant qui travaille dans le RSSS peut maintenir un emploi et un stage en concomitance s'il respecte les conditions suivantes :

- Aucune mobilité avec les milieux de vie (CHSLD, RI, RPA, ...) si l'emploi où le stage se déroule en contact avec des usagers avec diagnostic confirmé ou suspecté de COVID. Toute autre mobilité est permise pour les stages, peu importe la zone;
- Respect en tout temps des mesures sanitaires;
- Les préposées aux bénéficiaires et aides de services en CHSLD qui prodiguent des soins d'assistance ne peuvent pas se mobiliser en stage/emploi à moins que leurs tâches soient ajustées de façon à ne plus être en contact direct avec les résidents pour toute la durée du stage.

AVANT LE STAGE

- Visionner la formation « Adopter les meilleures pratiques en prévention et contrôle des infections (PCI) COVID 19 » : https://m.youtube.com/watch?v=kgLYN_c-5gs&feature=youtu.be
- Prendre connaissance des [consignes en vigueur](#) et les respecter

DURANT LE STAGE

- Présenter mon passeport vaccinal aux entrées des établissements du CISSS de Laval, si demandé
- Faire la surveillance étroite de mes symptômes de la COVID-19 avant de me présenter en stage
- Procéder rapidement à un test diagnostique en présence de symptômes de la COVID-19
- Respecter les consignes de distanciation physique avec les collègues, les superviseurs, le personnel, etc.
- Utiliser l'équipement de protection individuelle (ÉPI) minimal non seulement dans les situations cliniques, mais aussi dans les situations d'enseignement
- Afin d'assurer sa sécurité et celle des autres, je m'engage à visionner les vidéos, prendre connaissance des procédures, adhérer à la supervision et au coaching et appliquer de façon sécuritaire les EPI
- 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 un des symptômes suivants et m'engage à ne pas me présenter à mon stage sans test de dépistage négatif si je présente deux symptômes et plus :

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

Je m'engage à ne pas me présenter à mon stage sans test de dépistage négatif si je présente deux symptômes et plus : Oui

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 : nommez l'établissement : _____ 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
4. Avez-vous reçu les deux doses de vaccin? Oui Non, motif : _____
5. Si oui, indiquer les dates du 1^{er} vaccin : _____ 2^e vaccin : _____
(JJ-MM-AAAA) (JJ-MM-AAAA)

Un stagiaire qui se présente sur l'une de nos installations en n'étant pas adéquatement protégé pourrait faire face à d'importantes sanctions considérant qu'il s'agit d'un manquement professionnel.

Ressources à joindre en fonction de votre discipline :

Soins infirmiers et soins d'assistance : Emanuela Verdieu emanuela.verdieu.cissslav@ssss.gouv.qc.ca

Médecine : secenseignement.cisssl@ssss.gouv.qc.ca

Pharmacie : secretariatpharmacie.cisssl@ssss.gouv.qc.ca

Professionnels et techniciens en sciences de la santé et services sociaux, ainsi qu'inhalothérapie :

stagesdsm.cissslav@ssss.gouv.qc.ca

Stages administratifs et de métiers : llevis.cisssl@ssss.gouv.qc.ca

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

Signature : _____ Date (JJ-MM-AAAA) : _____