Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐F ☐M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

CONSENTEMENT DU PROCHE AIDANT EN CENTRE HOSPITALIER, CHSLD, RI, RTF, RPA - COVID-19

À l'attention du proche aidant qui soutiendra un proche en Centre hospitalier, CHSLD, RI, RTF, RPA en contexte de COVID-19

IDENTIFICATION DU PROCHE AIDANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____
Écrire en lettres moulées *Écrire en lettres moulées*

Numéro de téléphone : _____ Ville de résidence : _____

Afin de vous permettre de prendre une décision éclairée, vous devez bien comprendre les risques associés au fait de soutenir un usager/résident en contexte de pandémie de la COVID-19 :

→ En visitant un usager/résident, le risque que ce dernier, les autres usagers/résidents et le personnel contractent la COVID-19 est augmenté;

→ En visitant un usager/résident, le risque que la personne proche aidante contracte la COVID-19 est augmenté;

→ 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, _____
Écrire en lettres moulées

- Atteste avoir compris les risques associés 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;
  → **En CHSLD, RI, RTF et RPA seulement** : atteste avoir pris connaissance du *Feuillet d'information s'adressant aux visiteurs et personnes proches aidantes dont le proche est dans un milieu de vie* (MSSS, COVID-19. Date de publication : _____) et accepte de m'y conformer;
- Me conformerai aux conditions et aux consignes imposées par le milieu hospitalier ou le milieu de vie (CHSLD, RI, RTF, RPA) ou par les autorités de santé publique en matière de prévention et de contrôle des infections;
- Accepte de porter l'équipement de protection individuelle approprié selon la condition de l'usager ou du résident;
- Accepte d'effectuer un test de dépistage et d'informer le milieu du résultat, le cas échéant;
- Comprends qu'en cas de non-respect des conditions et des consignes imposées par l'établissement ou par les autorités de santé publique, l'établissement peut mettre fin à cette possibilité de visite;
- Reconnais que, en tout temps, l'établissement peut mettre fin à cette possibilité de visite;
- J'autorise que le présent formulaire de consentement soit déposé au dossier de l'usager en centre hospitalier, du proche hébergé en CHSLD, RI, RTF ou remis au gestionnaire de la RPA qui doit en conserver une copie.

Le présent consentement est valide aussi longtemps que les mesures restrictives en lien avec la pandémie COVID-19 seront en place. De plus, je comprends que je ne suis pas obligé de donner ce consentement et que je peux le retirer en tout temps.

_____ Date : _____
Signature du proche aidant aaaa/mm/jj