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 : _____

# ENGAGEMENT POUR LE VISITEUR D'UN LIEU DE VIE EN CONTEXTE DE PANDÉMIE COVID-19

*À l'attention du visiteur d'une personne hébergée en contexte de pandémie de la COVID-19*

**IDENTIFICATION DU VISITEUR**

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

Numéro de la carte d'assurance-maladie : _____ Date de naissance : _____

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

→ En visitant un résident, le risque que cette personne, les autres résidents et le personnel contractent la COVID-19 est augmenté;

→ En visitant un résident hébergée, le risque que le visiteur 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 inhérents à cette décision 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 par le milieu de vie ou par 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 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 le milieu de vie ou par les autorités de santé publique, le milieu de vie peut mettre fin à cette possibilité de visite.

_____ Date : _____
Signature du visiteur aaaa/mm/jj