

Registre des visites et sorties des usagers en RI-RTF

Nom de usager :

NOM VISITEUR	LIEN AVEC USAGER	TÉLÉPHONE DU VISITEUR	DATE	Visite en RI-RTF	Sortie temporaire			Signature du visiteur ou personne significative
				Je confirme				
				L'absence du risque associé au COVID 19	Avoir effectuer l'autosurveillance des symptômes les 7 derniers jours et n'avoir aucun symptôme	Avoir suivi les formations en lien avec la prévention et contrôle des infections et je suivrai les mesures sanitaires	Avoir fait un test de dépistage qui s'est avéré négatif.	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	

ATTENTION : Remettre à votre intervenant Contrôle Qualité à la dernière journée de chaque mois