



Charte de visite durant la période de confinement Covid-19

Je soussigné(e) ; M Mme NOM :PRENOM.....

Né (e) le : / /

Demeurant à :

.....TELEPHONE :

Demande à rendre visite à : NOMPRENOM.....

Date et heure de visite souhaitées :

Je m'engage à respecter les règles d'organisation mise en place par l'établissement, à savoir :

- une durée de visite de 30 mn maximum. Pour des raisons d'organisation, la demande de visite doit être faite au préalable, et la date et l'horaire fixés par l'établissement strictement respectés.
- une visite limitée à une seule personne par résident,
- une visite permise uniquement pour les personnes majeures,
- une inscription à l'arrivée sur le registre dédié,
- une stricte application des mesures de sécurité de la visite :
 - respect des gestes barrières : port du masque (venir avec), lavage des mains avec une solution hydro-alcoolique,
 - respect des mesures de distanciation physique (distance minimale d'1,50m),
 - interdiction de toucher le résident, d'échanger des objets et des denrées, etc...
 - respect de l'endroit prévu pour la visite, interdiction de se rendre dans les étages, dans la chambre de son parent,
- une prise de température à l'aide d'un thermomètre sans contact (qui doit être inférieure à 38°C), à l'arrivée,
- une application des consignes pouvant être données par la personne désignée par l'établissement accompagnant le résident.

Je déclare sur l'honneur :

- ne pas avoir pris dans les 12h un traitement antipyrétique (paracétamol, aspirine, ibuprofène, etc.),
- ne pas avoir de symptômes : absence de signe respiratoire, de signe ORL aigu ou de signe digestif, etc, au moment de la visite et dans les 15 jours qui la précède,
- avoir été malade du COVID 19 **OUI** **NNO**
- avoir été dépisté du COVID 19 **OUI** **NNO**

J'ai pris connaissance du fait que ces mesures pourront être renforcées, et que ma visite pourra éventuellement être annulée en fonction de la situation sanitaire.

De même, le non-respect des règles d'organisation suscitées interrompra immédiatement la visite.

Fait à :

Le/...../.....

Signature

Cadres réponses réservés à l'établissement

Validation du médecin coordonnateur de l'EHPAD OUI **NON**

Observations

Le : / /

Signature

Gestion du RDV par personnel dédié

Votre visite a été fixée le :2020 à H.....

Pour une durée de 30 minutes.

Famille informée du RDV : le / /

Pendant la visite :

Température du visiteur à l'arrivée : **(Si n'est pas inférieure à 38°, visite annulée)**

Observation ou évènement à signaler : OUI NON + Précisez

Identité - Signature personnel dédié :

Visa Etablissement