Annexe à la Circulaire 07/05/2020 – COVID-19 (coronavirus) –Consignes relatives aux visites encadrées dans les établissements de revalidation fonctionnelle en Wallonie

# attestation sur l'honneur pour les visites en CRF (COVID-19)

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) (Nom et prénom) venu(e) rendre visite à (Nom et prénom du résident) ce (date et heure) certifie sur l'honneur

* avoir pris connaissance des mesure spécifiques liées aux visites (cf. circulaire du 7 mai 2020), et m’engager à les respecter :
  + **pratique de l’hygiène des mains à l’entrée et à la sortie de l‘établissement, ainsi que, le cas échéant, à l’entrée et à la sortie de l’unité COVID**
  + **port du masque chirurgical obligatoire**
  + **principe de distanciation physique (1.5m entre le résident et son visiteur)**
  + **interdiction des contacts physiques (hors situation de fin de vie)**
  + **interdiction de remise d’objets en direct à la personne visitée**
  + **se présenter sans bijou et sans montre**
  + **laisser ses effets personnels de préférence dans leur véhicule ou à l’endroit prévu dans l’établissement ;**
* **être conscient des risques de contamination que j'encours ou que je fais encourir à mon proche;**
* **ne pas avoir ressenti de symptômes depuis 14 jours et avoir répondu honnêtement et correctement à l'annexe de cette attestation.**

**J’ai pris connaissance que le non-respect de ces directives entrainera le refus d’accès à l’établissement.**

Fait à

Le

Signature du visiteur (ou, si mineur, de son représentant légal) :

# Annexe : Attestation d'absence de symptômes

**Durant les 14 derniers jours, avez-vous ressenti les symptômes détaillés ci-dessous ?**

|  |  |
| --- | --- |
| Fièvre >37,7 | 🌕 OUI 🌕 NON |
| Toux | 🌕 OUI 🌕 NON |
| Diarrhée, nausées, vomissements | 🌕 OUI 🌕 NON |
| Nez qui coule | 🌕 OUI 🌕 NON |
| Perte de goût ou d'odorat | 🌕 OUI 🌕 NON |
| Douleurs musculaires, nuque, jambes… | 🌕 OUI 🌕 NON |
| Fatigue | 🌕 OUI 🌕 NON |
| Mal de gorge | 🌕 OUI 🌕 NON |
| Apparition de taches rouges (douloureuses ou pas) sur les mains/doigts | 🌕 OUI 🌕 NON |

|  |  |
| --- | --- |
| **Durant les 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne de votre entourage testée positive au COVID-19 ?** | 🌕 OUI 🌕 NON |
| **Durant les 14 derniers jours, avez-vous été testé positif au COVID-19 ?** | 🌕 OUI 🌕 NON |

Si la réponse à l’une de ces questions est oui, la visite ne peut pas avoir lieu.