

# E T A B L I S S E M E N T S   S A I N T E   M A R G U E R I T E

CONSENTEMENT ECLAIRE SPECIFIQUE COVID-19

**SEJOUR AMBULATOIRE**

Madame, Monsieur,

Vous allez être hospitalisé(e) dans un de nos établissements de santé pour un acte chirurgical ou un traitement particulier en ambulatoire, dans le contexte de l'épidémie mondiale COVID19 à coronavirus SARS-CoV2.

L'ensemble des établissements de santé sont en "plan blanc" imposé par cette épidémie, avec comme conséquences :

tous les accompagnants sont interdits pendant votre séjour ambulatoire (hormis 1 seul accompagnant autorisé uniquement pour les mineurs, personnes handicapées, majeurs sous tutelle)

1 seul accompagnant devra être présent lors de votre sortie

le respect des mesures dites "barrières" avec en particulier le port du masque systématique et en permanence durant tout votre séjour

le respect des consignes : limiter les sorties de la chambre, réaliser une hygiène des mains rigoureuse

Il est indispensable de maintenir ces mesures barrières dans nos établissements par tous.

La situation de chaque patient est particulière : les décisions sont donc prises au cas par cas, de façon collégiale et réfléchie, en fonction de la pathologie du patient.

**En effet, dans ce contexte d'épidémie COVID19 persistante, le risque de contracter la maladie liée au COVID19 et/ou de la transmettre existe en permanence.**

**Vous serez donc soumis à certaines obligations lors de votre séjour afin de limiter ces risques :**

**- réalisation d'un test RT-PCR (prélèvement nasal) à la recherche de coronavirus 72 heures avant l'hospitalisation, et selon les résultats, votre hospitalisation pourra être différée.**

**En cas de refus de se soumettre à ces contraintes, votre séjour sera annulé.**

Afin de préparer votre séjour, merci de nous informer si vous avez eu lors des 15 derniers jours :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - De la fièvre  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - De la toux ou des problèmes respiratoires   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Des troubles du goût ou de l'odorat   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Des contacts avec une personne ayant présenté ces symptômes et/ou COVID 19 positive | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

La signature de ce consentement nous permet de savoir que vous êtes informés des risques inhérents à cette épidémie, des mesures principales mises en place dans nos établissements, et de recueillir votre accord pour ce séjour dans le contexte de cette épidémie.

NOM DE NAISSANCE :

Prénom :

NOM MARITAL :

ou représentant du patient : NOM et Prénom :

Lien avec le patient :

**Signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)**

Fait à .....

Le .....

--