



## Lettre d'information à l'attention des patients

Madame, Monsieur,

Malgré les mesures de distanciation en vigueur, et puisque la téléconsultation n'était pas possible pour vous, vous allez bénéficier d'une consultation présentielle dans le but d'éviter un retard de diagnostic et d'assurer la continuité de vos soins.

Afin d'éviter tout risque de contagion pour vous ou pour les autres, les mesures exceptionnelles de prévention sont mises en place et notamment pour les consultations. L'établissement veille à limiter les croisements des patients, à faire respecter la distanciation sociale et l'ensemble des mesures barrières recommandées.

L'efficacité de l'ensemble de ces mesures dépend du respect par chacun des recommandations. Par conséquent, merci de bien vouloir respecter les consignes suivantes pour le bon déroulement de votre prise en soins :

1. **Obligation de porter un masque (il est un prérequis pour être admis en consultation, chirurgical ou à défaut en tissu) – L'absence de masque entrainerait une reprogrammation du rendez-vous**
2. **Pas de gants**
3. **Pas de bijoux sur les mains pour une meilleure efficacité de la friction hydro alcoolique (FHA)**
4. **Friction hygiénique des mains à chaque fois que mentionné lors de votre parcours dans l'établissement**
5. **Respecter la distanciation sociale d'au moins 1 m tout au long du parcours**
6. **Respecter l'heure de votre rendez-vous – vous ne pourrez rejoindre le service de consultation ou d'hospitalisation que 10 min avant l'horaire mentionné sur la convocation**
7. **Présenter votre convocation à l'agent qui vous orientera dans l'établissement (agents de sécurité, secrétaires médicales, professionnels de santé)**
8. **Si votre état de santé le nécessite, une seule personne pourra vous accompagner lors de votre parcours. Cette personne devra se soumettre à l'ensemble de ces consignes**

Nous vous demandons, et ceci est essentiel pour votre sécurité et celle de tous, de nous signaler avant votre entrée dans l'établissement tout signe pouvant faire suspecter une infection à coronavirus en répondant au **questionnaire (au dos) associé à ce courrier (obligatoire)**.

Avant de vous déplacer, si vous répondez **OUI** à un critère, il vous convient de prendre contact avec le secrétariat concerné qui maintiendra ou non la consultation et vous orientera le cas échéant.

Il est essentiel que vous respectiez avant, pendant et après votre consultation les gestes barrières recommandés par les autorités sanitaires afin de limiter au maximum le risque de contamination, pour vous, les autres patients et les professionnels hospitaliers.

A l'issue du rendez-vous, vous serez amené à quitter le service en suivant la signalétique mise en place.

Soyez assurés que tout sera fait au sein de l'établissement pour que votre prise en charge soit le moins possible affectée par la situation de crise sanitaire que nous traversons.

A ..... le .....  
Le chef d'établissement

***Votre santé est notre priorité merci de votre aide dans le respect des mesures de prévention***



<i>« Consultation médicale et prévention du risque de transmission de COVID-19 »</i>	Réf. : GQ.ENR.2020.006.
	Page : 1/2
	Application : 04.05.2020

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Ce questionnaire, **strictement confidentiel**, est destiné à mieux vous connaître avant votre consultation, et sera utilisé dans le respect du secret médical

Merci de le remplir avec soin **une heure** avant la consultation et d'appeler le secrétariat (numéro de téléphone sur la convocation) afin que le médecin puisse vous orienter vers votre médecin traitant ou la filière respiratoire d'évaluation et de dépistage si présence d'un ou plusieurs de ces symptômes.

Avez-vous bénéficié d'un test de dépistage COVID ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si OUI, quel a été votre statut ?	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Inconnu
Quelle est votre température ?	..... °C		
Avez-vous des frissons ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Avez-vous des courbatures ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Avez-vous des maux de tête ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Toussez-vous ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Le nez coule-t-il ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Crachez-vous ? si oui « sale » ou non	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Mal de gorge, ou autre signe pharyngé	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Etes-vous gêné pour respirer ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Avez-vous perdu le goût et/ou l'odorat ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Etes-vous essoufflé au repos ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Etes-vous essoufflé à l'effort ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Avez-vous vomi ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Avez-vous la diarrhée ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Ces derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne présentant ces différents symptômes ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	

**Si vous avez répondu OUI à une question : contactez le secrétariat du médecin que vous devez voir, il décidera :**

- **De maintenir la consultation**
- **De vous orienter vers votre médecin traitant**
- **De reporter la consultation**
- **De vous orienter vers la filière respiratoire dédiée aux urgences**

Je soussigné ..... certifie avoir pris connaissance du présent document.

A ....., le .....

Signature

***Votre santé est notre priorité merci de votre aide dans le respect des mesures de prévention***