

---

**Etablissements Médico-Sociaux**  
**CENTRE HOSPITALIER DE CALAIS**

---

Madame, Monsieur :

.....

Parent de :

.....

Résident de :

EHPAD La Roselière    EHPAD Le Château des Dunes    Foyer de Vie le Jardin  
d'Opale

Service : .....

Lien de parenté :

.....

Je certifie sur l'honneur que les éléments du questionnaire que j'ai remplis sont exacts et ne pas avoir été testé positif au virus COVID-19.

Je m'engage à respecter scrupuleusement les gestes barrières énoncés ci-après à savoir :

- Lavage de main
- Port du masque
- Respect des distances de sécurité (1 mètre)
- Interdiction de contacts physiques avec le résident
- Respect du temps de visite (1 heure)
- Visite limitée à 2 personnes en chambre et à 1 seul résident visité

Le :

Signature :

---

**Etablissements Médico-Sociaux**  
**CENTRE HOSPITALIER DE CALAIS**

---

**Questionnaire de santé :**

- Présentez-vous aujourd'hui des maux de tête ? :  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui des maux de gorge ? :  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui des douleurs musculaires ? :  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui de la toux ?  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui des diarrhées ?  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui des nausées ?  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui une perte de goût ?  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui une perte de l'odorat ?  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui de la température ?  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui des frissons ?  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui des sueurs ?  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui des difficultés à respirer ?  oui  non
- Présentez-vous aujourd'hui des douleurs à la poitrine ?  oui  non

Si vous présentez un « oui » : nous vous proposons de reporter votre visite et de rencontrer votre médecin traitant

Avez-vous dans votre entourage proche, des personnes qui présentent un des signes ? :  
 oui  non

Si vous répondez « oui » à cette question, nous vous remercions de préciser la date de la dernière rencontre avec votre proche :

.....