

VISITEUR

Déclare sur l'honneur ne pas présenter des symptômes du virus COVID 19 (absence de fièvre, de signe respiratoire ou ORL aigu ou digestif), ni avoir consommé de médicament contre la fièvre (paracétamol, aspirine et ibuprofène) dans les 12 heures précédant cette visite et m'engage à respecter les mesures barrières énoncées en amont de cette visite

RESIDENT

| NOM PRENOM | ADRESSE | TELEPHONE | SIGNATURE | TEMPERATURE | NOM PRENOM | Chambre |
|------------|---------|-----------|-----------|-------------|------------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Personne ayant assuré le contrôle des entrées :

Dans le cadre du renforcement des mesures liées aux entrées dans les EHPAD, nous vous informons que les données collectées dans le présent registre sont conservées durant le temps de la crise COVID-19, par le Directeur de l'Etablissement et ont vocation à être transmises, en cas de besoin, au MCO de l'établissement, aux services d'urgence ainsi qu'aux autorités compétentes.