

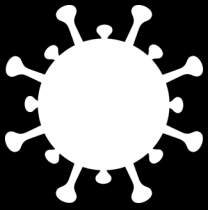
CONSIGNES POUR LES PERSONNES PROCHES AIDANTES

Résidence Marquis de Tracy / Appartements du Marquis

Ces directives s'appliquent aux personnes proches aidantes significatives afin qu'elles puissent continuer le soutien régulier qu'elles offraient antérieurement à leur proche.

- Vous devez être connues du personnel ou des gestionnaires pour votre implication significative^(*) auprès du résident.
- Deux proches aidants par résident / Un à la fois
- Vous devez fournir au gestionnaire votre formulaire de consentement signé
- N'avoir aucun symptômes depuis au moins 24h.
- Effectuer une autosurveillance des symptômes et cesser de vous présenter dès l'apparition du moindre symptômes. (Refaire un test COVID-19)
- Remplir le registre à l'entrée et présenter une carte d'identité (avec photo).
- Procéder à l'hygiène des mains en entrant et en sortant de la résidence et de l'unité.
- Porter correctement votre masque et le porter pour la durée de votre visite
- Arriver avec des vêtements propres et ne pas apporter de vêtement ou objet de la maison (sac à main, documents, etc) qui seront par la suite ramenés à la maison.
- Garder la distanciation sociale (2 mètres) des employés et autres résidents.
- Ne jamais se rendre dans les aires communes.
- Quitter la chambre, si un membre du personnel se présente pour donner des soins.
- Si vous ne respectez pas les consignes précisées dans le présent document, vous pourriez vous voir retirer l'accès.

^(*) Par soutien significatif, on réfère aux personnes proches aidantes qui apportaient une aide et un soutien notamment moral, de réconfort à tous les jours ou plusieurs fois par semaine.



FORMULAIRE POUR LES PERSONNES PROCHES AIDANTES

Résidence Marquis de Tracy / Appartements du Marquis

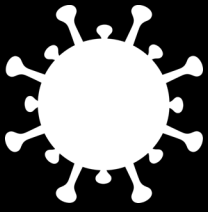
Nom: _____

Téléphone : _____

Résident : _____

unité : _____

Raisons pour lesquels je devrais être considéré un proche aidant(e):



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Résidence Marquis de Tracy / Appartements du Marquis

Formulaire de consentement de la personne proche aidante qui soutiendra un proche dans un milieu de vie en contexte de pandémie de la COVID-19

Afin de vous permettre de prendre une décision éclairée, vous devez bien comprendre les risques inhérents au fait de soutenir un résident en contexte de pandémie de la COVID-19:

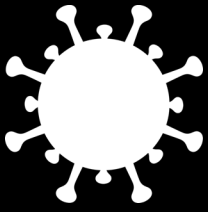
- en visitant un résident, le risque que cette personne, les autres résidents et le personnel contractent la COVID-19 est augmenté;
- en visitant un résident, le risque que la personne proche aidante contracte la COVID-19 est augmenté;
- qu'au surplus les personnes plus à risque de développer des complications après avoir contractées la COVID-19 sont celles âgées de 70 ans et plus et/ou celles présentant un facteur de vulnérabilité notamment une maladie cardiovasculaire, une maladie pulmonaire, de l'hypertension, du diabète, de l'insuffisance rénale chronique et/ou les personnes immunodéprimées.

En fonction de ce qui précède, je soussignée _____:

- atteste avoir compris les risques inhérents à cette décision mentionnés ci-haut;
- atteste avoir pris connaissance des informations sur la surveillance des symptômes, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et l'utilisation des équipements de protection individuelle;
- me confirmerai aux conditions et aux consignes imposées par le milieu de vie (CHSLD, RI-RTF, RPA) ou par les autorités de santé publique en matière de protection et de contrôle des infections;
- accepte d'effectuer un test de dépistage et d'informer le milieu de vie du résultat, si la condition du résident l'exige;
- accepte de porter l'équipement de protection individuelle approprié selon la condition des résidents;
- comprends qu'en cas de non-respect des conditions et des consignes imposées par le milieu de vie ou par les autorités de santé publique, le milieu de vie peut mettre fin à cette possibilité de visite.

Signature

Date (aaaa/mm/jj)



GRILLE POUR L'AUTOSURVEILLANCE DES SYMPTÔMES

Résidence Marquis de Tracy / Appartements du Marquis

ANNEXE 1

NOM: _____

SYMPTÔMES LIÉS À LA COVID-19

Asymptomatique

Date de début des symptômes* : _____ AAAA-MM-JJ

Symptôme associés à l'épisode de COVID-19

Toux récente ou exacerbation (aggravation) d'une toux chronique	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou 100.4°F ; personnes âgées $\geq 37.8^{\circ}\text{C}$ ou 100.0°F)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Fébrilité/Frissons (température non prise)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Maux de gorge	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Écoulement nasal	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Difficultés respiratoires (par exemple essoufflement ou difficulté à parler)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Nausées / Vomissements	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Maux de tête	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Faiblesse généralisée	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Douleur (musculaire, thoracique, abdominale, etc.)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Irritabilité et/ou confusion	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Diarrhée	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu
Perte soudaine d'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'une perte de goût (agueusie)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Inconnu

Autres (préciser):