



## CONSIGNE 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<sup>(\*)</sup> 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)
- Remplis 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 ramené à la maison.
- Garder la distanciation social (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.

---

<sup>(\*)</sup> 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 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 65 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 soussigné \_\_\_\_\_ :

- 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 conformerai 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 du résident;
- 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)

## ANNEXE 1 : Grille pour l'autosurveillance des symptômes

### SYMPTÔMES LIÉS À LA COVID-19

Asymptomatique

Date de début des symptômes\* : \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ

Symptômes associés à l'épisode de COVID-19			
Toux récente ou exacerbation (aggravation) d'une toux chronique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Fièvre ( ≥ 38°C ou 100,4°F; personnes âgées ≥ 37,8°C ou 100,0°F)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Fébrilité/Frissons (température non prise)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Écoulement nasal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Difficultés respiratoires (par exemple essoufflement ou difficulté à parler)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Nausées vomissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Faiblesse généralisée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Douleur (musculaire, thoracique, abdominale, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Irritabilité confusion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Perte soudaine d'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'une perte de goût (agueusie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Autres (préciser) :			