

# VISITES D'UN PROCHE HOSPITALISE

## Règlement à destination des usagers en psychiatrie adulte

NOM :

PRENOM :

TELEPHONE :

DATE DE LA VISITE :

### 1 Vous avez été diagnostiqué covid-19 il y a moins d'un mois?

oui

non

### 2 Vous avez présenté au cours des 10 derniers jours, au moins un symptôme de la COVID-19 parmi les suivants ?

oui

non

- |  |  |
|--|--|
| - Fatigue inexplicable                               | - Altération de l'état général                 |
| - Douleurs musculaires inexplicables                 | - Chutes répétées                              |
| - Maux de tête (en dehors d'ATCD de migraines)       | - Apparition/aggravation de troubles cognitifs |
| - Perte/diminution de l'odorat sans rhinite associée | - Syndrome confusionnel                        |
| - Perte ou altération du goût                        | - Diarrhée                                     |
| - Toux et Fièvre                                     | - Décompensation d'une pathologie antérieure   |

### 3 Vous avez été identifié « cas contact de la COVID-19 » il y a moins d'un mois par l'assurance maladie?

oui

non

**Vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs questions, il vous est demandé de différer votre visite selon les préconisations de votre médecin**