

A REMPLIR AVANT TOUTE SORTIE AVEC UN RESIDENT, AVEC REPAS OU SEJOUR AVEC NUIT
Demande au service des soins 72 heures (3 jours) avant la sortie

Nom, prénom résident.e :	LS GER <input type="checkbox"/> LS PAA <input type="checkbox"/>
		CS SAMS <input type="checkbox"/>
Date/heure sortie :	
Date / heure prévue retour :	
Information sur la sortie :		
<input type="checkbox"/> Rencontre famille	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp)	
Votre nom, prénom :	
Téléphone :	
e-mail :	

- Sorties avec repas et/ou nuit autorisées sur demande auprès du service des soins
- Résidents immunisés : pas de confinement au retour, port du masque si distance <1m50
- Résidents non-immunisés : repas en chambre au retour durant 7 jours + tests COVID à J3 et J7, port du masque

En signant ce document, j'atteste

- Ne pas présenter de symptômes compatibles COVID
- Ne pas être en quarantaine pour cause de COVID
- Le résident ne sera pas en contact avec une personne malade COVID ou en quarantaine
- La sortie a été validée par le/la responsable des soins de l'unité concernée

Je m'engage à

- Informer immédiatement l'EMS en cas d'apparition de symptômes dans les **7 jours** suivant la visite, chez moi ou toute personne ayant été en contact avec mon proche résident
- Porter le masque durant la sortie et maintenir les distances de sécurité selon les règles sanitaires
- Respecter les distances sociales avec d'autres résidents, collaborateurs à Silo
- Me désinfecter les mains ainsi que celles de mon proche
- Mettre tout en œuvre pour respecter les mesures sanitaires et protéger mon proche résident, en particulier lors de repas, rencontres famille, etc.
- Respecter les horaires de l'établissement et l'heure convenue pour le retour

De plus j'assume le rôle de personne de contact pour l'ensemble des personnes avec lesquelles mon proche sera en contact lors de cette sortie. Au retour du résident, je m'engage à répondre au questionnaire au verso.

Lu et approuvé

Signature

FORMULAIRE DE RETOUR

Selon les directives du Département de la santé du canton de Vaud, nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire ci-dessous.

Date/heure retour :

Nom, prénom résident.e :

Merci de cocher

Durant la sortie, avez-vous pu respecter ?	Oui	Non (spécifier)
Hygiène des mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduction des contacts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distance physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port du masque quand la distance physique n'a pas pu être respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port du masque dans tous les lieux, espaces où il y avait du monde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aération de votre logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durant la sortie, votre proche a-t-il eu des contacts rapprochés, sans port du masque ou distance de min. 1m50 ?

Oui*

Non

*Si vous avez répondu oui ci-dessus veuillez remplir la liste de contacts ci-dessous :

nom, prénom :

nom, prénom :

nom, prénom :

nom, prénom :

nom, prénom :

J'atteste que les informations ci-dessus sont correctes.

Nom, prénom :

Signature :

Ces informations pourront être transmises aux autorités sanitaires en cas de symptômes se déclarant dans les 7 jours suivant la sortie. Les formulaires ne sont pas conservés par la Fondation Silo au-delà de 15 jours et sont ensuite détruits.

Formulaire reçu par : _____ (nom employé Silo)