



SSR LES CADIERES

**Formulaire de demande individuelle d'autorisation de visite exceptionnelle d'un patient  
du lundi au vendredi (hors jours fériés)**

(dans le cadre de la pandémie COVID19)

Auteur de la demande (Nom et Prénom) :

Date:

Lundi                      Mardi                      Mercredi                      Jeudi                      Vendredi

Nom Prénom N° de Chambre du Patient	Créneau préférentiel de rendez- vous (horaire)	Avez-vous été en contact avec un cas de COVID-19 confirmé ?		Toussez- vous ?*		Avez-vous de la fièvre ou des sensations de fièvres et/ou des difficultés respiratoires ?*		Avez-vous effectué un test de dépistage COVID-19 ?		Avez-vous des signes de difficultés digestives ?*		Avez-vous d'autres symptômes suspects pouvant évoquer une contamination au COVID-19 ? (perte de l'odorat, du goût, des courbatures...)*	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui <i>(joindre une copie)</i>	Non	Oui	Non	Oui	Non
	14h00 15h00 16h00 17h00												

\*Au moment de la visite et dans les 15 jours qui la précède.

**MOTIVATIONS OBLIGATOIRES** de la demande :

Le visiteur **présente son autorisation** écrite dûment signée. Le questionnaire doit avoir été complété et les mesures barrières respectés. Les visites ne sont autorisées qu'exclusivement sur RDV– **aucun contact physique** – 2 personnes maximum à la fois – mineur âgé de 11 ans avec masque autorisé.

Partie réservée à l'établissement :

Commentaires :

Approuvée

Refusée

Date et horaire du  
rendez vous

A retourner à l'adresse mail suivante : [lescadieres@fondationdiaconesses.org](mailto:lescadieres@fondationdiaconesses.org) et à présenter lors du rendez-vous.