

Annexe 2. Questionnaire d'orientation et de répartition des patients pris en charge pour une AMP

Mis à jour le 6 mai 2020

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire a pour objectif de vous protéger et de protéger les personnels soignants au cours de la période d'épidémie de Covid-19. Il vous sera demandé d'y répondre, individuellement, à plusieurs reprises au cours de votre prise en charge.

En répondant à ce questionnaire, par écrit ou par oral, vous engagez votre responsabilité personnelle.

Une falsification des réponses peut avoir des conséquences graves pour votre santé et celle des professionnels. Les activités d'AMP peuvent être stoppées si les membres du personnel soignant sont malades ou s'ils sont été en contact avec des personnes infectées.

Merci de signaler dans les plus brefs délais à l'équipe tout changement de votre situation qui modifierait vos réponses à ce questionnaire.

	MADAME		MONSIEUR	
	OUI	NON	OUI	NON
Au cours des 2 dernières semaines, avez- vous :				
- Eté diagnostiqué(e) positif au Covid-19 ?				
- Eu une température > 38°C (merci de prendre votre température aujourd'hui)				
- Ressenti une fatigue anormale ?				
- Ressenti des courbatures ?				
- Eu une toux ou des difficultés pour respirer ?				
- Eu mal à la gorge ?				
- Des maux de tête ?				
- Eu de la diarrhée ?				
- Eu une perte de goût ou des odeurs ?				
- Eu le nez bouché ?				
- Eu des engelures ?				
- Eté en contact étroit* avec une personne qui a l'un des symptômes cités ci-dessus ?				
- Eté en contact étroit avec une personne diagnostiquée positive pour le Covid-19 ?				

* Un contact étroit est une personne qui, à partir de 24 h précédant l'apparition des symptômes d'un cas confirmé, a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas ou pendant plus de 15 minutes, lors d'une discussion : flirt, amis intimes, voisins de classe ou de bureau, voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée, personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.

NOM / PRENOM DE MME ET MR :

SIGNATURE :

DATE :

Formulaire de consentement à la réalisation d'une assistance médicale à la procréation dans le contexte de circulation du virus du Covid-19

Madame

Nom de naissance :

Nom d'usage (ex. nom d'épouse) :

Prénoms :

Date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Monsieur

Nom :

Prénoms :

Date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Attestons

- Avoir été informé.e.s sur les modalités de prise en charge en AMP en période de circulation du Covid-19
- Avoir posé toutes les questions et reçu les réponses adaptées
- Que le centre d'AMP nous a remis le document d'information « questions fréquentes - AMP et Covid » de l'Agence de la biomédecine
- Avoir été informé.e.s que des informations plus complètes à destination des patients sont disponibles sur le site internet www.procreation-medicale.fr
- Accepter de recourir à une AMP en période d'épidémie de Covid-19 et que nous respecterons les obligations nous incombant

Fait à : _____ Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature de Madame

Signature de Monsieur