

E T A B L I S S E M E N T S S A I N T E M A R G U E R I T E

CONSENTEMENT ECLAIRE SPECIFIQUE COVID-19

MATERNITE

Madame,

Vous allez être hospitalisée dans un de nos établissements de santé pour votre accouchement, dans le contexte de l'épidémie mondiale COVID19 à coronavirus SARS-CoV2.

L'ensemble des établissements de santé sont en "plan blanc" imposé par cette épidémie, avec comme conséquences :

- l'interdiction des visites dès votre admission, sauf le père ou le 2^{ème} parent ou autre personne désignée par vous-même pour lequel une seule entrée/sortie par jour sera autorisée
- le respect des mesures dites "barrières" avec en particulier le port du masque systématique et en permanence durant tout votre séjour y compris lors de l'accouchement
- le respect des consignes : limiter les sorties de la chambre, réaliser une hygiène des mains rigoureuse

Il est indispensable de maintenir ces mesures barrières dans nos établissements par tous.

En effet, dans ce contexte d'épidémie COVID19 persistante, le risque de contracter la maladie liée au COVID19 et/ou de la transmettre existe en permanence.

Vous serez donc soumise à certaines obligations lors de votre hospitalisation afin de limiter ces risques :

- si vous présentez des symptômes évocateurs COVID+, un test rapide antigénique (prélèvement nasal) à la recherche de coronavirus sera réalisé lors de votre admission permettant d'avoir un résultat en quelques minutes
- si le test rapide antigénique est négatif, un test RT-PCR (prélèvement nasal) sera réalisé

En cas de refus de se soumettre à ces contraintes, votre admission pourra être refusée ou votre séjour interrompu.

La signature de ce consentement nous permet de savoir que vous êtes informée des risques inhérents à cette épidémie, des mesures principales mises en place dans nos établissements, et de recueillir votre accord pour ce séjour dans le contexte de cette épidémie.

NOM DE NAISSANCE :

Prénom :

NOM MARITAL :

ou représentant de la patiente : NOM et Prénom:

Lien avec la patiente :

Fait à.....

Le

Signature de la patiente ou de son représentant

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Nom/Prénom et signature du père ou 2^{ème} parent ou autre personne désignée

(précédée de la mention « lu et approuvé »)