

# ETABLISSEMENTS SAINTE MARGUERITE

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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> parent ou autre personne désignée**

**(précédée de la mention « lu et approuvé »)**