Chers collègues,

Le bilan sanitaire actuel est encourageant ! Les efforts de chacun semblent payants et nous vous en remercions.

Afin de maintenir ces bons résultats, il est important de savoir rapidement qui est entré en contact avec un cas confirmé.

Dès lors, **si vous avez été détecté Covid positif**, nous allons avoir besoin de vous pour nous aider à identifier le plus rapidement possible les personnes de votre entourage professionnel avec qui vous avez été en contact (collègues, médecins, stagiaires, jobistes, bénévoles, visiteurs).

C’est donc dans le cadre de l’amélioration de la gestion du risque que la médecine du travail nous a aidé à établir le document en pièce jointe qui vous permettra de lister vos contacts au Jour 0, au Jour -1 et au Jour -2 et de préciser pour chacune des personnes le type de contact que vous avez eu.

Ce document nous permettra de déterminer au plus vite qui doit être classé comme contact à haut ou faible risque afin d’agir le plus rapidement possible et d’ainsi limiter les risques de contamination.

Le tableau une fois complété ***doit être renvoyé dans les plus brefs délais*** à :

* ***Martine Katka, Infirmière Hygiéniste –***[***martine.katka@beauvallon.be***](mailto:martine.katka@beauvallon.be)
* ***Philippe Boudart, Conseiller en prévention –***[***philippe.boudart@beauvallon.be***](mailto:philippe.boudart@beauvallon.be)

Nous vous garantissons la confidentialité des informations que vous nous transmettrez.

Il en va de la santé de tous.

Merci pour votre collaboration.



**COVID-19 : FORMULAIRE DE TRACING INTERNE EN CAS DE CONTACTS   
PROFESSIONNELS AVEC UN CAS COVID CONFIRME**

*Document à transmettre par mail le plus rapidement possible à   
Martine Katka (*[*martine.katka@beauvallon.be*](mailto:martine.katka@beauvallon.be)*)   
et à Philippe Boudart (*[*philippe.boudart@beauvallon.be*](mailto:philippe.boudart@beauvallon.be)*)*

**COORDONNEES DU DECLARANT**

**Date de la déclaration** : ……. / ……. / …….

**NOM** : …………………………………………………..…………… **Prénom** : ………………………………..……………………. **Service(s)** : …………………………………………………………

**Date de l’apparition des 1ers symptômes** : ……. / ……. / ……. **Si pas de symptômes, date du test PCR** : ……. / ……. / …….

**LISTE DES CONTACTS (Collègues, médecins, stagiaires, jobistes, bénévoles, visiteurs)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JOUR 0 :   LE ..….. / ….... / …....** |  | **CONTACT PHYSIQUE serrer les mains, accolade, liqu. biolog. (crachat, vomis, …)** | |  | **CONTACT PROCHE  collation, « pause-cigarette », réunion, vestiaire,  repas, covoiturage (bus ou voiture)  *Si vous répondez oui, merci de compléter les colonnes suivantes.*** | | | | | | | |  | **RESERVE BEAU VALLON** | |
| **NOM Prénom** |  |  |  |
|  | **NON** | **OUI** |  | **NON** | **OUI** | *Face à face avec masque* | | *Rayon > 1,5 m* | | *Durée > 15 min.* | |  | **Haut risque** | |
|  |  | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI |  | **Oui** | **Non** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JOUR -1 :   LE ..….. / ….... / …....** |  | **CONTACT PHYSIQUE serrer les mains, accolade, liqu. biolog. (crachat, vomis …)** | |  | **CONTACT PROCHE  collation, « pause-cigarette », réunion, vestiaire,  repas, covoiturage (bus ou voiture)  *Si vous répondez oui, merci de compléter les colonnes suivantes.*** | | | | | | | |  | **RESERVE BEAU VALLON** | |
| **NOM Prénom** |  |  |  |
|  | **NON** | **OUI** |  | **NON** | **OUI** | *Face à face avec masque* | | *Rayon > 1,5 m* | | *Durée > 15 min.* | |  | **Haut risque** | |
|  |  | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI |  | **Oui** | **Non** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JOUR -2 :   LE ..….. / ….... / …....** |  | **CONTACT PHYSIQUE serrer les mains, accolade, liqu. biolog. (crachat, vomis …)** | |  | **CONTACT PROCHE  collation, « pause-cigarette », réunion, vestiaire,  repas, covoiturage (bus ou voiture)  *Si vous répondez oui, merci de compléter les colonnes suivantes.*** | | | | | | | |  | **RESERVE BEAU VALLON** | |
| **NOM Prénom** |  |  |  |
|  | **NON** | **OUI** |  | **NON** | **OUI** | *Face à face avec masque* | | *Rayon > 1,5 m* | | *Durée > 15 min.* | |  | **Haut risque** | |
|  |  | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI |  | **Oui** | **Non** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Rens. suppl.: Si vous avez de la famille très proche qui travaille au Beau Vallon (époux, conjoint, cohabitant …), pouvez-vous nous communiquer le(s) nom(s) ?***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………..