

Date (aaaa-mm-jj) : _____

AUX GESTIONNAIRES : Conservez ce registre 28 jours en cas d'investigation de la Direction de santé publique

VISITEUR / PROCHE AIDANT NOM, Prénom	USAGER NOM, Prénom	Numéro de chambre de l'usager	Lien avec l'usager	Aucun symptôme ni exposition à la COVID-19	Coordonnées du visiteur / proche aidant			Heure (hh : mm)	
					1. No. tél.	2. Adresse postale complète	3. Adresse courriel	Entrée	Sortie
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____			:	:

Registre des visiteurs / proches aidant auprès d'un usager hospitalisé

VISITEUR / PROCHE AIDANT NOM, Prénom	USAGER NOM, Prénom	Numéro de chambre de l'usager	Lien avec l'usager	Aucun symptôme ni exposition à la COVID-19 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coordonnées du visiteur / proche aidant			Heure (hh : mm)	
					1. No. tél.	2. Adresse postale complète	3. Adresse courriel	Entrée	Sortie
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____ 2. _____ 3. _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____ 2. _____ 3. _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____ 2. _____ 3. _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____ 2. _____ 3. _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____ 2. _____ 3. _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____ 2. _____ 3. _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____ 2. _____ 3. _____			:	:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1. (_____) _____ 2. _____ 3. _____			:	: