

# Document à compléter

## Information éclairée grossesse

COVID-19  
A REMPLIR ET A  
REMETTRE A LA  
CONSULTATION  
DU 8<sup>ème</sup> MOIS

### Identité Patiente

Nom de naissance : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Madame,

Vous allez être suivie pour votre grossesse et/ou accoucher à la clinique mutualiste LA SAGESSE.

Depuis le début de la pandémie, nous avons pris des mesures très strictes destinées à isoler si besoin les patients non contaminés des malades infectés ou fortement suspects de l'être.

Soyez certaines que toutes les précautions nécessaires sont prises pour éviter une contamination pendant votre suivi et vos hospitalisations, en particulier par le respect des mesures barrières, très strictes.

**A ce titre vous constaterez que nous vous demandons de présenter votre pass sanitaire dès l'entrée, de vous désinfecter les mains, de porter un masque chirurgical dès l'entrée dans l'établissement et de respecter la distanciation physique, pour toute venue programmée ou pour la naissance ainsi que pour les accompagnants autorisés.**

Nous vous demandons, et ceci est essentiel pour votre sécurité et celle de tous, de nous signaler avant votre venue tout signe pouvant faire suspecter une infection à coronavirus en particulier une fièvre supérieure ou égale à 38°C.

**A votre arrivée, nous effectuerons un test de diagnostic rapide pour permettre de garantir un accouchement et un séjour optimal pour vous et votre(s) bébé(s). L'accompagnant devra être également testé s'il n'a pas de pass sanitaire valide.**

**L'établissement souhaite protéger également les soignants et les autres patientes.**

Au décours de votre séjour en maternité, nous vous demandons de signaler tout symptôme qui vous paraîtrait anormal et de respecter les gestes barrières recommandés par les autorités sanitaires pour limiter au maximum le risque d'infection au Covid-19.

Vacciné ou non, il faut également savoir que si vous avez un résultat de test PCR négatif, ceci n'élimine pas que vous ne soyez pas infecté ou en phase d'incubation.

En signant ce courrier, vous assurez avoir compris les informations qui vous ont été délivrées, avoir posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et obtenu des réponses claires et satisfaisantes et vous vous engagez à appliquer les consignes décrites ci-dessus.

A ..... le .....

Signature du médecin

Signature patiente