

Formulaire de santé à l'intention des participants des réunions

Veillez lire attentivement le présent formulaire, apposer votre signature en bas de page et le remettre à un membre du personnel de l'OMPI à l'entrée de la salle de réunion.

1) Je reconnais que les affections ou caractéristiques ci-après sont associées à un risque accru de complications sanitaires liées à la COVID-19 :

- Hypertension
- Obésité (IMC égal ou supérieur à 30)
- Maladies pulmonaires chroniques (y compris, mais sans s'y limiter, l'asthme sévère)
- Diabète de types 1 et 2
- Maladies cardiovasculaires
- Cancer ou antécédents de cancer, même en cas de rémission
- Maladie hépatique ou rénale sévère
- Grossesse
- Affections ou traitements susceptibles de modifier le système immunitaire
- Autres affections ou traitements à évaluer au cas par cas (par votre médecin)
- Âge, 60 ans et plus

2) Je suis conscient que je ne devrai pas me rendre à la réunion si je souffre ou si un membre de ma famille souffre de la COVID-19 ou présente l'un quelconque des symptômes indiqués ci-après :

- Fièvre
- Toux (grasse ou sèche)
- Essoufflement
- Maux de gorge
- Écoulement nasal
- Maux de tête
- Forte fatigue
- Douleurs musculaires
- Diarrhée
- Conjonctivite
- Perte de l'odorat ou du goût

En outre, si, pendant la réunion, je présente l'un des symptômes ci-dessus, je quitterai la réunion et demanderai un avis médical¹. J'informerai également la conseillère médicale principale (022 338 8000 ou service.medical@wipo.int) si je présente l'un des symptômes associés à la COVID-19 jusqu'à quarante-huit heures après la réunion, afin de permettre un traçage approprié et confidentiel des autres participants.

3) Je me suis conformé à l'exigence des autorités suisses selon laquelle les voyageurs ayant séjourné dans certains pays au cours des 14 jours précédant leur arrivée doivent se mettre en quarantaine pendant 10 jours. La liste des pays concernés peut être consultée à l'adresse suivante : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20201948/index.html>.

J'ai pris connaissance des consignes susmentionnées et m'engage à les respecter. En cas de question, je demanderai l'avis médical de mon médecin traitant ou de la conseillère médicale principale de l'OMPI (022 338 8000).

Genève, le __/__/____

Nom en caractères d'imprimerie :

Signature

Téléphone portable :

¹ Vous pouvez contacter le Service médical de l'OMPI en vous renseignant auprès d'un agent de sécurité ou en appelant au numéro 022 338 8000.