Propositions de divers documents à adapter à votre pratique :

1/ Annonce du maintien des consultations

Bonjour à tous,

Je vous informe que mon cabinet restera ouvert pendant le confinement et ce jusqu’à contre-ordre.

A l'écoute des discours ministériels :

- La priorité doit être donnée au maintien des activités professionnelles, avec une priorité donnée au télétravail ;

- Mon activité ne fait pas partie de celles qui ont été mentionnées comme interdites

- Les activités en lien avec la santé ou l'aide à la personne devaient être maintenues

Je suis identifié(e) par le code APE suivant :

APE 86.90F = Métiers de la santé non classés ailleurs

Aussi, je considère à ce jour que je fais partie des professions autorisées à continuer d'exercer pendant le confinement, avec les préconisations essentielles :

1-Privilégier les consultations à distance (visio, skype, téléphone…) quand cela est possible afin de limiter les contacts

2-Respecter les protocoles sanitaires en vigueur lors de l'accueil physique d'une personne : distanciation, port du masque, lavage des mains, aération des locaux et désinfection des surfaces entre chaque rendez-vous…

3-Laisser assez de temps entre les rendez-vous pour éviter tout croisement de personnes.

Toutes mes activités sont donc maintenues dans le strict respect des gestes barrières.

En ce qui vous concerne l attestation vous devrez cocher :

Les consultations, examens et soins ne pouvant être assurés à distance et ne pouvant être différés et l’achat de médicaments.

2/ Attestation à remettre à vos clients :

**CONVOCATION**

**ATTESTATION DE RENDEZ-VOUS**

Je soussignée ……………………….,

atteste avoir donné rendez-vous à : ***Madame-Monsieur ….***

Date

***………. 2020***

Horaire

***………h………***

Lieu

Motif

***Consultation allaitement pour leur nourrisson \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ né le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non réalisable à distance.***

Signature scannée

**3/ Formulaire de consentement sur les conditions d’accueil en cabinet à conserver par l’IBCLC.**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Conditions d’accueil en cabinet

DU CONSULTANT EN LACTATION IBCLC

Consentement entre : et la consultante en lactation IBCLC

M. & Mme :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOM

Prénoms :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom

domicilié(e/s) à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliée adresse

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lors de la consultation en lactation à son cabinet, Prénom/Nom prendra les mesures suivantes :

* Accueil des parents à l’entrée du cabinet après appel téléphonique signalant leur arrivée ; ils ne toucheront à aucune poignées de porte ;
* Les parents se laveront les mains dès leur arrivée ; Essuyage des mains sur une serviette individuelle à usage unique ;
* L’IBCLC se sera lavée les mains avant d’accueillir les parents ; elle renouvellera ce geste régulièrement au cours de la consultation ;
* L’IBCLC comme les parents porteront des masques et respecteront la distanciation physique ;
* Les parents prendront place sur des fauteuils recouverts d’un tissu qui aura été lavé avant et après leur venue ;
* Toute évaluation physique de la succion de bébé ou des seins de maman se fera après lavage des mains de la consultante, mise de gants, et lavage des mains gantées
* Les locaux seront aérés après chaque consultation ;
* Les consultations seront suffisamment espacées pour que personne ne puisse se croiser dans les locaux .

J’ai / Nous avons donc pris connaissance des consignes ci-dessus et les accepte/acceptons. Je/nous dégage/dégageons Prénom Nom , IBCLC, de toute responsabilité quant à une éventuelle contamination malgré les précautions prises.

Fait le :

à :

Signature(s)