

Assomption des risques et reconnaissance de responsabilité

À remplir et à signer :

En considération de ma participation volontaire à un projet de lutte contre la maladie à filovirus (FVD) de Médecins Sans Frontières (« MSF »), j'ai été informé(e) des différentes procédures, protocoles et directives de MSF concernant les risques inhérents à un contexte de réponse à une épidémie de FVD et des mesures appropriées pour atténuer ces risques pendant l'emploi.

Je comprends que les politiques de MSF concernant la FVD font partie intégrante des politiques de sécurité de chaque projet FVD. Mon engagement à adhérer strictement aux politiques de MSF sur la FVD est obligatoire pendant toute la durée de mon emploi.

Après avoir examiné attentivement les Politiques de MSF sur la FVD, je certifie ce qui suit :

- Je comprends et j'accepte que la participation à un projet de FVD, par sa nature même, implique certains risques physiques et sanitaires qui ne peuvent être éliminés malgré les précautions prises pour protéger le personnel. Ces risques incluent la possibilité que je contracte la FVD. J'ai reçu suffisamment d'informations de la part de MSF pour me permettre de comprendre pleinement les risques physiques et sanitaires associés à mon emploi. Je prends sciemment la responsabilité de ces risques physiques et sanitaires.
- J'ai reçu des informations de la part de MSF concernant les Politiques de MSF sur la FVD, les conditions et règles sanitaires et de sécurité, les protocoles médicaux, les processus et règlements applicables en tout temps pendant les heures de travail et chaque fois que je me trouve dans les locaux de MSF. J'ai eu l'occasion de poser des questions pour m'assurer de bien comprendre ces conditions, règles, protocoles, processus et règlements.
- Je comprends que la période d'incubation de la FVD est de 21 jours.
- Je m'engage à surveiller de près ma propre santé et à signaler immédiatement tout signe ou symptôme si je ne me sens pas bien au point focal médical. Cela garantit mes propres soins et traitements médicaux et protège mes amis, ma famille et mes collègues si je présente des symptômes de la FVD.
- Je comprends que les symptômes du paludisme peuvent être similaires à ceux de la FVD et je m'engage donc à prendre des mesures préventives (prophylaxie antipaludique, moustiquaires et/ou répulsif, etc.).
- Je comprends qu'une température élevée est un symptôme de la FVD et peut être un indicateur que je suis contagieux(se) et que je peux infecter d'autres personnes avec la FVD.

EN SIGNANT CE FORMULAIRE, JE CERTIFIE QUE J'AI LU ATTENTIVEMENT CE DOCUMENT ET LES POLITIQUES DE MSF SUR LA FVD ET QUE J'ACCEPTÉ LEUR CONTENU.

DATE :

NOM :

SIGNATURE :