



Outil de dépistage de la COVID-19

Nom (en lettres moulées) : _____ Ministère : _____

En personne (oui/non) : _____ Appel téléphonique (oui/non) : _____

Date : _____ Heure d'arrivée au travail : _____

SI VOUS OU UN MEMBRE DE VOTRE MÉNAGE AVEZ VOYAGÉ À L'EXTÉRIEUR DU CANADA AU COURS DES 14 DERNIERS JOURS, VOUS N'ÊTES PAS AUTORISÉ À ENTRER DANS L'ÉTABLISSEMENT DU _____.

SECTION A :

Ressentez-vous l'un des symptômes sans cause connue?

▪ fièvre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ toux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ essoufflement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ difficulté à respirer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ frissons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Avez-vous été en contact avec une personne atteinte ou soupçonnée d'être atteinte de la COVID-19 au cours des 14 derniers jours? Oui Non

Est-ce que vous ou quelqu'un de votre ménage avez voyagé à l'extérieur du Canada? Oui Non

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

En personne, la personne testée a été :

- Considérée inapte au travail et a été renvoyée à la maison. Oui Non
- Retournée au travail. Oui Non
- Dirigée vers un docteur ou une clinique de santé publique avec des formulaires de prestation (s'il y a lieu). Oui Non

Au téléphone, la personne testée a été :

- Avisée de demeurer à la maison. Oui Non
- Dirigée vers un docteur ou une clinique de santé publique et on lui a demandé de ramasser des formulaires de prestation (s'il y a lieu). Oui Non
- Avisée qu'elle peut revenir au travail. Oui Non

SECTION B :

Si la personne qui subit un test de dépistage a été avisée de se mettre en quarantaine pendant 14 jours après un voyage ou tout risque d'exposition, veuillez indiquer la date de début : _____ / ____ / ____ et la date de fin : _____

Date à laquelle la quarantaine a été terminée

