

Questionnaire d'autoévaluation des symptômes de la COVID-19

- 1) Ce questionnaire peut être utilisé par les membres du personnel comme outil d'autoévaluation.
- 2) Le questionnaire doit être rempli en respectant les mesures de distanciation physique.
- 3) Le questionnaire est inspiré de l'outil d'autoévaluation en ligne des symptômes de la COVID-19 du gouvernement du Canada (<https://ca.thrive.health/covid19/fr>). Lorsque l'isolement volontaire est indiqué, il est recommandé de contacter les autorités locales de santé publique afin de déterminer si un test de dépistage de la COVID-19 est nécessaire, ou si les symptômes sont liés à une condition médicale existante ou autre (p. ex. des allergies saisonnières).
- 4) Si la réponse à toutes les questions est « Non », le résultat de votre évaluation est négatif et le risque que vous ayez contracté la COVID-19 est faible. Vous pouvez accéder à votre lieu de travail selon les protocoles établis.
- 5) Si la réponse à une des questions est « Oui », le risque que vous soyez infecté est élevé et l'isolement volontaire pourrait être indiqué. Vous ne pouvez pas accéder à votre lieu de travail.

COMMENCER À RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE				
N°	Question	Réponse (inscrire un « X »)		Recommandations
		NON	OUI	
1	Avez-vous <u>un</u> des symptômes suivants? <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés respiratoires graves (p. ex. difficulté à respirer ou incapacité à dire plus d'un mot à la fois) • Forte douleur thoracique • Difficulté à se réveiller • Confusion • Perte de connaissance récente 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Appelez le 911 ou présentez-vous directement à l'urgence la plus proche.
2	Ressentez-vous actuellement, ou avez-vous ressenti dans les 14 derniers jours, au moins un des symptômes suivants? <ul style="list-style-type: none"> • Essoufflement (même au repos) • Incapacité à s'allonger en raison de difficultés respiratoires • Problèmes de santé chroniques que vous avez du mal à gérer en raison de difficultés respiratoires • Fièvre • Apparition d'une toux • Maux de gorge • Nez qui coule • Maux de tête inexplicables • Douleurs musculaires inexplicables • Perte d'appétit • Perte du goût ou de l'odorat • Diarrhée • Nouvelle éruption cutanée ou décoloration des doigts ou des orteils 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Isolez-vous, contactez immédiatement votre gestionnaire ou votre superviseur afin de l'informer que vous ne vous sentez pas bien et que vous êtes incapable de travailler et suivez ses directives. ► Il est recommandé de communiquer avec les autorités de santé publique ou son médecin de famille.
3	Avez-vous été à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Isolez-vous et informez-en votre gestionnaire ou votre superviseur. ► Suivez les directives des autorités locales de santé publique.
4	Avez-vous fait l'objet d'une directive d'isolement volontaire émise par une autorité de santé publique dans les 14 derniers jours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Suivez les directives des autorités locales de santé publique.
5	Avez-vous été en contact étroit avec une personne atteinte de la COVID-19 (à la maison, au travail ou ailleurs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Suivez les directives des autorités locales de santé publique.
6	Avez-vous été en contact étroit avec une personne qui a commencé récemment à souffrir de nouveaux symptômes (respiratoires, digestifs ou autres, voir la liste au n° 2) OU avec une personne qui a voyagé récemment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Suivez les directives des autorités locales de santé publique.
FIN DU QUESTIONNAIRE				

² Avoir été en contact étroit avec une personne signifie :

- avoir prodigué des soins à cette personne, notamment un travailleur de la santé, un membre de la famille ou un autre aidant naturel, ou avoir eu avec celle-ci d'autres contacts physiques étroits similaires sans utiliser un équipement de protection individuelle de façon régulière et appropriée;
- avoir habité avec cette personne ou avoir eu avec celle-ci un contact étroit et prolongé (à moins de deux mètres) pendant qu'elle était

contagieuse;

- avoir été en contact direct avec des fluides corporels contagieux de cette personne (p. ex. s'être fait éternuer ou tousser dessus par la personne) sans porter l'équipement de protection individuel recommandé.

En accédant à votre lieu de travail, vous affirmez que vous ne présentez aucun des symptômes énumérés ci-dessus et que vous ne n'avez pas été exposé aux risques énoncés.

Nom et entreprise représentée :	Signature :	Date et heure de l'évaluation :
---------------------------------	-------------	---------------------------------