

COVID-19 –Self-Assessment Questionnaire

- 1) This questionnaire can be used for personnel as a self-assessment tool.
- 2) The questionnaire must take place respecting physical distancing.
- 3) This questionnaire is modelled after the Government of Canada COVID-19 online Self-Assessment tool (available at: <https://ca.thrive.health/covid19/en>). If indicated to self-isolate, it is recommended to contact local public health authorities to determine if COVID-19 testing is required, or if symptoms are related to a preexisting medical condition and/or other (i.e. seasonal allergies).
- 4) If all answers are “No”, you screen as negative and are low risk for COVID-19. You may enter the workplace setting as per established protocols.
- 5) If any answer is “Yes”, you may be at high risk for infection or may be required to self-isolate. You may not enter the workplace setting.

START QUESTIONNAIRE				
#	Question	Answer (mark with 'X')		Recommendations
		NO	YES	
1	Are you experiencing <u>any</u> of the following: <ul style="list-style-type: none">Severe difficulty breathing (e.g. struggling to breathe or speak in single words)Severe chest painHaving a very hard time waking upConfusionRecent loss of consciousness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Call 911 or go directly to your nearest emergency department.
2	Are you currently experiencing, or have you experienced in the last 14 days, <u>any</u> of the following: <ul style="list-style-type: none">Shortness of breath (even when you’re not active)Inability to lie down because of difficulty breathingChronic health conditions that you are having difficulty managing because of difficulty breathingFeverNew coughSore throatRunny noseUnexplained HeadacheUnexplained muscle aches and painLoss of appetiteLoss of taste or smellDiarrheaNew rash on skin or discoloration of fingers and toes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Recommend contacting Public Health Authority or family doctor.
3	Have you travelled outside of Canada in the last 14 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Follow instructions from local public health authorities.
4	Have you been directed to self-isolate by public health authority in the last 14 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Follow instructions from local public health authorities.
5	Does someone you are in close contact ² with have COVID-19 (for example someone in your household or workplace)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Follow instructions from local public health authorities.
6	Are you in close contact ¹ with a person who is sick with new respiratory, digestive or other symptoms (eg. listed in #2) <u>OR</u> a person who recently travelled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► Follow instructions from local public health authorities.
END QUESTIONNAIRE				

² A close contact is defined as a person who:

- Provided care for the individual, including healthcare workers, family members or other caregivers, or who had other similar close physical contact without consistent and appropriate use of personal protective equipment; or
- Lived with or otherwise had close prolonged contact (within 2 metres) with the person while they were infectious; or
- Had direct contact with infectious bodily fluids of the person (e.g. was coughed or sneezed on) while not wearing recommended personal protective equipment.

By entering the workplace, you are affirming that you are not experiencing any of the above symptoms and have not experienced any of the exposure risks.

Name and Company Represented:	Signature:	Date/Time of Assessment:
-------------------------------	------------	--------------------------

Questionnaire d’autoévaluation des symptômes de la COVID-19

- 6) Ce questionnaire peut être utilisé par les membres du personnel comme outil d’autoévaluation.
- 7) Le questionnaire doit être rempli en respectant les mesures de distanciation physique.
- 8) 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).
- 9) 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.
- 10) 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 inexpliqués• Douleurs musculaires inexpliquées• 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"/>	► 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"/>	► 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 :
---------------------------------	-------------	---------------------------------