



Outil de dépistage de la COVID-19

Veillez remplir le formulaire ci-dessous et le transmettre à votre représentant autorisé en milieu de travail (p. ex., gestionnaire, responsable de la santé et de la sécurité, ressources humaines, responsable de la sécurité, etc.). Les renseignements consignés dans le formulaire sont considérés comme des renseignements personnels et seront conservés de manière sécuritaire. Lorsqu'il ne sera plus nécessaire de conserver le formulaire, celui-ci sera détruit selon les exigences en matière de protection des renseignements personnels. Les renseignements contenus dans le formulaire seront utilisés uniquement à des fins de dépistage et afin de soutenir les efforts de recherche des contacts, s'ils sont exigés par l'autorité locale de santé publique.

Nom (en lettres moulées) : _____

Nom (signature) : _____

Numéro de téléphone : _____

Ministère ou organisation : _____

Date : _____ Heure : _____

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

▪ apparition ou aggravation de toux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ essoufflement ou difficulté à respirer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ température égale ou supérieure à 38 °C	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ sensation de fièvre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ frissons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ fatigue ou faiblesse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ douleurs musculaires ou courbatures	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ perte de l'odorat ou du goût	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ symptômes gastro-intestinaux (douleur abdominale, diarrhée, vomissements)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ malaises intenses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Remarque : appelez le 911 si vous ressentez des symptômes nécessitant des soins d'urgence (p. ex., respiration pénible).

2. 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

3. Est-ce que vous ou quelqu'un de votre ménage avez voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours (pour un voyage non essentiel)? Oui Non

Remarque : il pourrait y avoir des exigences précises en matière de quarantaine pour ce qui est des déplacements interprovinciaux/interterritoriaux dans votre province ou territoire. Consultez le site Web suivant pour de plus amples renseignements :

<https://voyage.gc.ca/voyage-covid/voyage-restrictions/provinces>

4. Au cours des dix à quatorze derniers jours, votre autorité locale de santé publique vous a-t-elle demandé de vous placer en quarantaine ou en isolement? Oui Non

Si les réponses à toutes ces questions sont « non », entrez dans le lieu de travail.

Si la réponse à une de ces questions est « oui », vous ne devez pas entrer dans le milieu de travail. Discutez immédiatement de la situation avec la personne autorisée dans le milieu de travail (p. ex. votre gestionnaire, le responsable de la santé et sécurité, les ressources humaines, la sécurité). Retournez ou restez à la maison et communiquez avec votre fournisseur de soins de santé ou l'autorité locale de santé publique.



Outil de dépistage de la COVID-19

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

En personne, la personne testée a été :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ▪ autorisée à entrer dans le milieu de travail. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ envoyée à la maison, après qu'on a consigné les préoccupations à son sujet. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ aiguillée vers un médecin ou l'autorité locale de santé publique avec des formulaires de prestation (s'il y a lieu). | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Au téléphone, la personne testée a été :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ▪ avisée qu'elle pouvait se présenter au travail. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ avisée qu'elle devait demeurer à la maison. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ aiguillée vers un fournisseur de soins de santé ou l'autorité locale de santé publique. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si l'autorité locale de santé publique a ordonné à la personne testée de se mettre en quarantaine ou en isolement pendant ____ jours, indiquez la date de début : _____ et la date de fin : _____ ou la date à laquelle la période de quarantaine ou d'isolement s'est achevée : _____.

Commentaires :

Représentant autorisé en milieu de travail

Nom (en lettres moulées) : _____ Nom (signature) : _____ Date : _____

Pour de plus amples renseignements sur la COVID-19, veuillez consulter le site de l'Agence de la santé publique du Canada à l'adresse <https://www.canada.ca/le-coronavirus>

Avis de non-responsabilité : Comme les renseignements sur la santé et la sécurité au travail sont appelés à changer rapidement, il est recommandé de consulter les autorités locales de santé publique pour obtenir des directives régionales précises. Ces renseignements ne remplacent pas les avis médicaux ou les obligations prévues par la loi en matière de santé et de sécurité. Bien que tous les efforts soient faits pour assurer que les renseignements sont exacts, complets et à jour, le CCHST n'offre aucune garantie et ne s'engage aucunement à cet effet. Le CCHST ne saurait être tenu responsable de toute perte, réclamation ou revendication pouvant résulter, directement ou indirectement, de l'utilisation de ces renseignements ou des conséquences de leur utilisation.