

# Modèle d'un formulaire de dépistage de la COVID-19 à l'intention des employeurs

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

1. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours? (encercler votre réponse) **OUI ou NON**
2. Quelqu'un avec qui vous êtes en contact étroit a-t-il ou elle testé positif à la COVID-19 ? **OUI ou NON**
3. Êtes-vous en contact étroit avec une personne malade qui est atteinte de symptômes respiratoires ou qui a récemment voyagé à l'extérieur du Canada? **OUI ou NON**
4. Faites-vous de la fièvre? (température  $\geq 37,8$  °C) **OUI ou NON**  
T° \_\_\_\_\_ (l'examineur demande à l'employé de prendre sa température)
5. Présentez-vous des symptômes parmi les suivants \* **OUI ou NON**

<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Nez qui coule ou qui est congestionné (sans lien avec des allergies saisonnières ou d'autres causes ou problèmes de santé connus)
<input type="checkbox"/> Toux nouvelle ou qui s'aggrave (sèche ou grasse)	<input type="checkbox"/> Nausée/vomissement/diarrhée/douleur abdominale
<input type="checkbox"/> Toux qui ressemble à un aboiement (croup)	<input type="checkbox"/> Douleurs musculaires
<input type="checkbox"/> Essoufflement/difficulté à respirer	<input type="checkbox"/> Fatigue inexplicquée/malaise
<input type="checkbox"/> Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Chutes plus fréquentes
<input type="checkbox"/> Difficulté à avaler	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Perte du goût ou de l'odorat	
<input type="checkbox"/> Conjonctivite	
<input type="checkbox"/> Mal de tête inhabituel ou prolongé	

Si vous avez répondu :

- NON** à toutes ces questions – **RÉUSSITE**. Vous pouvez entrer dans l'édifice et procéder tel que prévu.
  - OUI** à n'importe quelle question de no 1 à no 4 – **ÉCHEC**. Portez un masque chirurgical, retournez immédiatement à la maison et mettez-vous en auto-isolement. Vous pouvez travailler de la maison si c'est approprié.
  - OUI** à no 5 seulement – **ÉCHEC**. Passez à la question no 6.
6. Ces symptômes sont-ils typiques pour vous (c.-à-d. antécédents d'allergies, migraines, autre condition médicale connue qui cause habituellement ces symptômes)?
- OUI** – Mettez-vous en auto-isolement. Contactez votre médecin pour obtenir une note confirmant que les symptômes sont typiques pour vous avant de retourner au travail.
  - NON** – Retournez immédiatement à la maison et mettez-vous en auto-isolement. Vous pouvez travailler de la maison si c'est approprié.

Signature de l'examineur : \_\_\_\_\_ Signature de l'employé : \_\_\_\_\_

\* La liste des symptômes de la COVID-19 évolue constamment. Pour obtenir une liste actualisée, consultez : [www.ontario.ca/coronavirus](http://www.ontario.ca/coronavirus)

**Pour obtenir les instructions d'auto-isolement et savoir quoi faire si vous avez des symptômes, consultez [www.BSEO.ca/coronavirus](http://www.BSEO.ca/coronavirus).**