

Veillez remplir ce court questionnaire d'auto-évaluation

		Oui	Non
1.	Est-ce que vous êtes arrivé d'un voyage d'une destination internationale après le 13 mars 2020?		
2.	Depuis le 13 mars 2020, avez-vous été en contact étroit avec une personne atteinte d'une maladie respiratoire aiguë qui a voyagé à l'extérieur du Canada? Étroit : Plus de 15 minutes et moins de 2 mètres dans le même environnement.		
3.	Contact avec un cas connu de COVID-19 au cours des 14 derniers jours?		
4.	Contact avec un cas soupçonné de COVID-19 en attente de résultat?		
5.	Faites-vous de la fièvre + que 38 °C ou avez-vous de la toux nouvelle ou aggravée ou des difficultés respiratoires?		

Évaluation et directives :

Si vous avez répondu **non** à **toutes** les questions, vous pouvez travailler et suivre les précautions nécessaires.

Si vous avez répondu **oui** aux questions **1** ou **3**, vous devez vous auto-isoler pour 14 jours.

Si vous avez répondu **oui** à la question **2**, vous devez vous auto-surveiller.

Si vous avez répondu **oui** à la question **4**, vous pouvez travailler et vous devez prendre contact avec l'infirmière de santé pour les précautions à suivre.

Si vous avez répondu **oui** à la question **5**, vous devez communiquer avec le 811 et vous ne pouvez pas travailler.

Par ma signature, je certifie que les informations indiquées ci-dessus sont exactes. Je m'engage à déclarer à mon gestionnaire immédiat tout changement relié à ma condition de santé, advenant des symptômes reliés : fièvre, toux, essoufflement et difficultés respiratoires.

Date :

Nom :

Signature de l'employé :

Numéro de l'employé :

Please complete this short self-assessment questionnaire

		Yes	No
1.	Did you return from a trip to an international destination after March 13, 2020?		
2.	Since March 13, 2020, have you been in close contact with someone suffering with an acute respiratory illness who has travelled outside of Canada? Close contact meaning more than 15 minutes and less than 2 meters in the same environment.		
3.	Contact with a known case of COVID-19 within the last 14 days?		
4.	Contact with a suspected case of COVID-19 who is awaiting the result of the screening test?		
5.	Do you have a fever > 38°C or do you have a new or worsened cough or breathing difficulties?		

Assessment and instructions:

If you answered **no** to **all** questions, you can work while following necessary precautions.

If you answered **yes** to questions **1 or 3**, you must self-isolate for 14 days.

If you answered **yes** to question **2**, you must self-monitor for signs and symptoms.

If you answered **yes** to question **4**, you can work and must report to the occupational nurse for precautions and guidance.

If you answered **yes** to question **5**, you must call 811 and you can't work.

By signing below, I attest that the information above is accurate. I agree to notify my supervisor of any changes related to my health status, should related symptoms (fever, cough, shortness of breath and breathing difficulties) appear.

Date:

Name:

Employee's signature:

Employee number: