

À faire avant chaque relais de travail et toutes les cinq heures au cours du relais

Nom de l'employé/du médecin : _____

Établissement : _____

Date (aaaa-mm-jj) : _____ Heure : _____ Température corporelle : _____

1. Est-ce que vous présentez l'un des symptômes suivants ou plus?

	Oui	Non
Fièvre (supérieure à 38° C ou signes de fièvre, comme une sensation de chaleur ou des frissons)		
Toux (nouvelle toux ou toux chronique aggravée)		
Mal de tête		
Fatigue nouvellement apparue		
Mal de gorge		
Perte du goût ou de l'odorat		
Écoulement nasal		
Nouvelles douleurs musculaires		
Diarrhée		

Dans le cas d'au moins deux réponses positives (à moins d'avis contraire du Bureau de la médecine-hygiéniste en chef), remplissez le formulaire RA-196B intitulé *OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA COVID-19 – Employés/médecins* et faxez-le au centre de coordination approprié.

Retournez l'employé ou le médecin à son domicile jusqu'à l'obtention des résultats de son test de dépistage de la COVID-19. Assurez-vous d'avoir un remplacement si requis.

2. Avez-vous été en contact étroit* non protégé avec un cas SUSPECT ou CONFIRMÉ de COVID-19 depuis votre dernier dépistage actif ou au cours des 14 derniers jours (1^{er} dépistage actif)?
- Oui Non

Définitions de ***contact étroit** :

- Personne ayant donné des soins au patient, y compris les travailleurs de la santé, les membres de la famille ou d'autres fournisseurs de soins, ou encore personne ayant eu tout autre contact physique étroit similaire sans l'utilisation constante et appropriée d'un équipement de protection individuelle; OU
- Personne ayant vécu ou ayant été en contact étroit prolongé (moins de 2 mètres) avec la personne pendant que la personne était malade (au travail ou à domicile); OU
- Personne ayant été en contact direct avec les liquides organiques infectieux du cas (p. ex. la personne a toussé ou éternué sur l'employé) alors qu'elle ne portait pas l'équipement de protection individuelle recommandé.

Si oui, indiquez à l'employé/au médecin de communiquer avec l'infirmière de santé au travail de la zone.

Dépistage actif effectué par (nom en caractères d'imprimerie) :	
Signature :	Date :

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'endroit désigné ci-dessous pour fins de consultation future :

Employé du Réseau	→	Bureau de santé des employés
Médecin ou médecin suppléant	→	Bureau des services médicaux
Travailleur externe (excluant les médecins)	→	Bureau des installations matérielles



ACTIVE SCREENING- COVID-19

Human Resources

To be done before each shift and every five hours during the shift

Name of employee/physician: _____

Facility: _____

Date (yyyy-mm-dd): _____ Time: _____ Body temperature: _____

1. Do you have any of the following symptoms?

	Yes	No
Fever (above 38°C or signs of fever, such as feeling hot or having chills)		
New cough, or worsening chronic cough		
Headache		
New onset of fatigue		
Sore throat		
Loss of sense of taste or smell		
Runny nose		
New onset of muscle pain		
Diarrhea		

If you answered yes to two or more symptoms (unless otherwise indicated by the Office of the Chief Medical Officer of Health), complete form RA-196B entitled *COVID-19 SCREENING TOOL – Employees/Physicians* and fax it to the appropriate coordination centre.

Send the employee or physician back home while waiting for their COVID-19 test results. Ensure that you have someone to replace them if required.

2. Have you had a close* unprotected contact with a SUSPECTED or CONFIRMED COVID-19 case since your last active screening or in the past 14 days (1st active screening)?
 Yes No

Definitions of *close contact:

- Provided care for a patient, including health care workers, family members or other caregivers, or had any other similar, close physical contact without consistent and appropriate use of personal protective equipment; OR
- Lived with or had close extended contact (within 2 metres) with someone while that person was ill (at work or at home); OR
- Had direct contact with infectious body fluids of a case (e.g. the person coughed or sneezed on the employee) while not wearing the recommended personal protective equipment.

If yes, instruct the employee/physician to contact the occupational health nurse for the zone.

Active screening done by (print name):	
Signature:	Date:

Please send the duly completed form to the location below for future reference:

Network employee	➔	Employee Health Department
Physician or locum physician	➔	Medical Services Office
Outside worker (excluding physicians)	➔	Facilities Management