



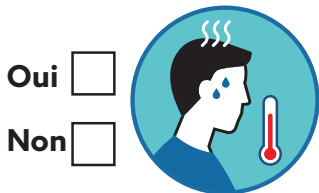
COVID-19

Veillez répondre aux questions suivantes avant de commencer votre travail aujourd'hui.

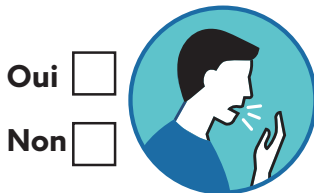
Nom : _____

Date : _____ Heure : _____

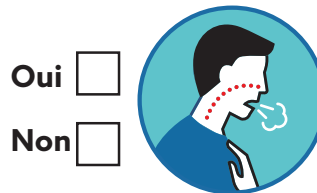
Avez-vous l'un des symptômes suivants (nouveau ou qui s'aggrave) :



Fièvre



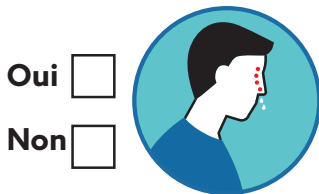
Toux



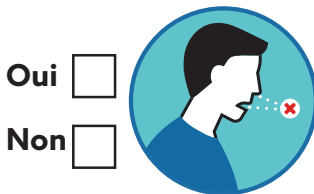
Difficulté respiratoire



**Mal de gorge,
difficulté à avaler**



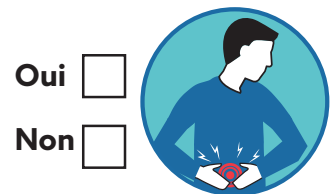
Écoulement nasal



**Perte du goût ou
de l'odorat**



Sentiment de malaise



**Nausées,
vomissements,
diarrhée**

Oui
Non Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact étroit avec un cas confirmé de la COVID-19 sans porter l'EPI approprié?

Oui
Non Au cours des 14 derniers jours, êtes-vous revenu d'un voyage en dehors du Canada?

Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs de ces questions, rentrez chez vous et isolez-vous immédiatement. Appelez Télésanté ou votre fournisseur de soins de santé pour déterminer si vous avez besoin de faire un dépistage.