



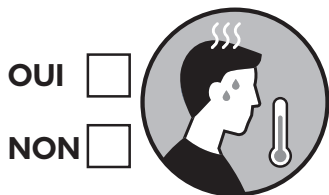
# COVID-19

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

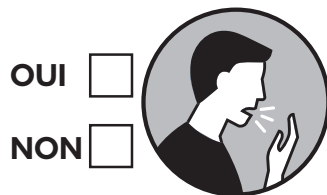
Nom: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_

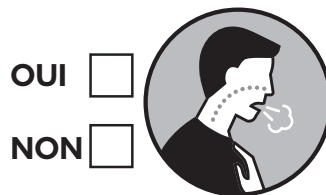
## Avez-vous l'un des symptômes suivants:



Fièvre



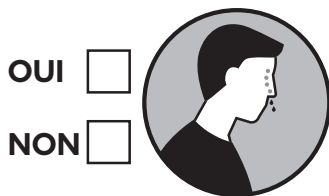
Toux



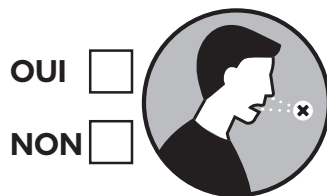
Difficulté respiratoire



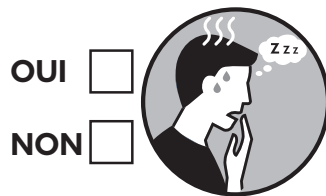
Mal de gorge, difficulté à avaler



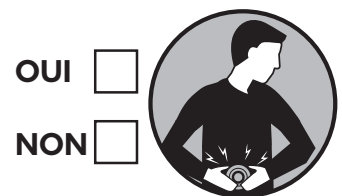
Écoulement nasal



Perte du goût ou de l'odorat



Sentiment de malaise



Nausée, vomissements, diarrhée

OUI   
NON

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact étroit avec une personne souffrant de la COVID-19 ou avec une personne chez qui on a détecté la COVID-19?

OUI   
NON

Avez-vous effectué un voyage à l'étranger au cours des 14 derniers jours?

**Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions, rentrez chez vous et isolez-vous immédiatement. Appelez Télésanté ou votre prestataire de soins de santé, pour savoir si vous devez subir un test.**