











COVID-19

Merci de compléter ce questionnaire avant d'entrer dans la garderie / le camp de jour.

Nom : _____

Date : _____ Heure : _____

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

Oui <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	
Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
	Fièvre		Toux		Difficulté à respirer		Mal de gorge, difficulté à avaler
Oui <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	
Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
	Écoulement nasal ou rougeur des yeux		Perte du goût ou de l'odorat		Sentiment de malaise général, fatigue ou douleurs musculaires		Nausées, vomissements, diarrhée

Oui 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 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.