



# COVID-19

Le personnel et les visiteurs doivent le remplir chaque jour avant d'entrer dans l'école.

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

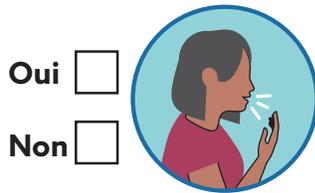
## 1.) Présentez-vous l'un des symptômes ou signes suivants, nouveaux ou qui s'aggravent?



Oui

Non

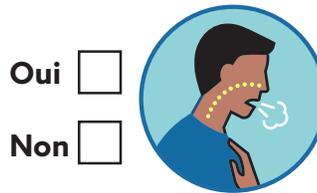
**Fièvre ou frissons**



Oui

Non

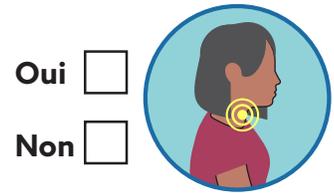
**Toux**



Oui

Non

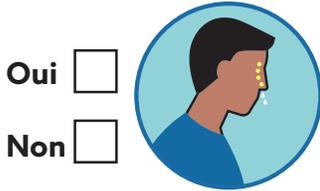
**Difficulté à respirer ou essoufflement**



Oui

Non

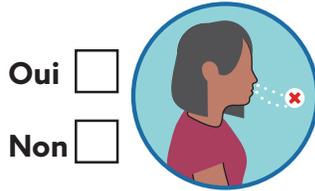
**Mal de gorge, ou difficultés à avaler**



Oui

Non

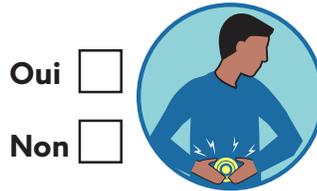
**Nez qui coule ou /bouché**



Oui

Non

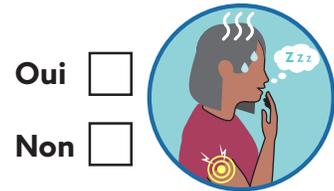
**Diminution ou perte du goût ou de l'odorat**



Oui

Non

**Nausées, vomissements ou, diarrhées**



Oui

Non

**Malaise, fatigue extrême ou, douleurs musculaires**

## 2.) Avez-vous été en contact étroit avec un cas confirmé ou probable de COVID-19 sans porter le PPE approprié? Oui Non

## 3.) Êtes-vous revenu d'un voyage à l'étranger au cours des 14 derniers jours? Oui Non

\*Si vous avez un problème de santé existant avec des symptômes, vous ne devez pas répondre OUI, sauf si le symptôme est nouveau, différent ou s'aggrave. Recherchez des changements par rapport à vos symptômes habituels.

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 avez besoin d'un test.

Si vous avez répondu NON à toutes ces questions, vous avez réussi et vous pouvez aller travailler/assister à votre activité.

Les questions suivantes servent à vérifier la présence de COVID-19 avant l'entrée dans un lieu de travail (entreprise ou organisation), conformément au Règlement de l'Ontario 364/20. Elles peuvent également être utilisées pour d'autres activités.