**Questionnaire sur le contrôle du risque de contamination**

Il appartient à *Nom de l’entreprise*, de décider si le questionnaire doit être rempli ou si les questions sont simplement adressées aux employés avant leur entrée sur les lieux de travail.

**Parmi les symptômes les plus courants de la COVID-19, il y a :**

* La fièvre;
* La toux;
* Les difficultés respiratoires;
* Les courbatures;
* Une perte soudaine de l’odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût.

Les symptômes peuvent être légers et s’apparenter à ceux du rhume ou être plus sévères, comme ceux associés à une pneumonie et à l’insuffisance pulmonaire.

Les personnes qui développent des symptômes doivent communiquer au 1-877-644-4545.

Il existe également un outil d’auto-évaluation des symptômes de la COVID-19 sur le site Internet du Gouvernement du Canada : <https://ca.thrive.health/covid19/fr>.

**Les réponses aux questions sont confidentielles.**

|  |
| --- |
| **Dans le but de protéger la santé, la sécurité et l’intégrité physique de ses employés, *Nom de l’entreprise*, pourra obliger un employé à s’isoler s’il a des « motifs raisonnables » de le faire, de même que lui interdire l’accès aux lieux de travail.** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Questionnaire de contrôle du risque d’infection** | | | | | |
| L’objet du présent questionnaire est de mettre en œuvre des mesures d’identification, de contrôle et d’élimination du risque d’infection. | | | | | |
| Nom de l’employé : | |  | | | |
| Au cours des **14** derniers jours | | | | | |
| Avez-vous voyagé à l’extérieur du Canada ? | | | | OUI | NON |
| Avez-vous éprouvé un ou des symptômes de la COVID-19, à savoir :   * De la fièvre ? * Des difficultés respiratoires ou de la toux ? * Une perte soudaine de l’odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût ? * Une fatigue extrême ? | | | | OUI | NON |
| Avez-vous été en contact direct avec une personne :   * Qui a été diagnostiquée comme infectée à la COVID-19 ? * Qui est sous investigation pour une infection probable à la COVID-19 ? * Qui éprouve un ou des symptômes de la COVID-19 ? * Qui revient d’un voyage à l’extérieur du Canada ? | | | | OUI | NON |
| Je comprends l’importance du présent questionnaire et j’atteste que toutes mes réponses sont, à ma connaissance, exactes.  Je comprends également que si j’ai répondu « non » à toutes les questions, je devrai rapporter à mon supérieur immédiat tout changement de mon état | | | | | |
| Date de signature : |  | | | | |
| Signature de l’employé : | | |  | | |