**Questionnaire pour les visiteurs**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dans le but de limiter au maximum la propagation du virus de la COVID-19 dans notre établissement, nous vous demandons obligatoirement de remplir ce questionnaire.** | | | | |
| Nom : |  | | | |
| Prénom : |  | | | |
| Téléphone : |  | | | |
| **Déclaration du visiteur** | | | | |
| Avez-vous 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 |
| Si vous avez répondu oui à la question précédente, avez-vous confirmé avec la santé publique via le 1-877-644-4545 que ce ou ces symptômes ne sont pas reliés à la COVID-19 ? | | | OUI | NON |
| Avez-vous été en contact direct dans les 14 derniers jours 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 |
| Avez-vous voyagé à l’extérieur du Canada dans les 14 derniers jours ? Si oui, quand êtes-vous revenu au pays ? | | | OUI | NON |
| **Je déclare que tous les renseignements fournis dans ce questionnaire sont, à ma connaissance, exacts.** | | | | |
| Date de signature : | |  | | |
| Signature : | |  | | |