



Veuillez répondre aux questions ci-dessous et agir en conséquence.

1 Avez-vous des symptômes inexplicables, nouveaux ou qui s'intensifient?
(voir l'encadré à la droite)

☐ Oui ☐ Non

2 Avez-vous **testé positif ou êtes-vous présumé positif pour la COVID-19** au cours des **7** derniers jours?

☐ Oui ☐ Non

3 Un membre de votre famille a-t-il testé positif à la COVID-19 ou avez-vous eu une exposition à haut risque à la COVID-19 au cours des 7 derniers jours?

☐ Oui ☐ Non

Symptômes

- Toux
- Sensation de fièvre
- Essoufflement ou difficulté à respirer
- Maux de gorge
- Écoulement nasal
- Éternuement
- Frissons
- Fatigue ou faiblesse
- Douleurs musculaires ou corporelles
- Perte de l'odorat ou du goût
- Maux de tête
- Douleurs abdominales, diarrhée et vomissements
- Sentiment de malaise

Les membres du personnel/membres contractuels uniquement :

4 Si vous deviez compléter un autodépistage avant votre quart de travail aujourd'hui (par exemple, pendant une éclosion déclarée par le COU), le résultat du test était-il **POSITIF**?

☐ Oui ☐ Non

Les visiteurs :

Questions 1 à 3 :

- Si vous répondez « oui » à l'une d'entre elles, n'entre pas dans l'établissement.
- Si vous répondez « non » à toutes les questions, vous pouvez entrer l'établissement.

Les membres du

personnel/membres contractuels :

Questions 1 à 4 :

- Si vous répondez « oui » à l'une d'entre elles, contactez votre gestionnaire et suivez l'algorithme COVID-19 du SCC ou toute autre lignes directrices.
- Si vous répondez « non » à toutes les questions, vous pouvez entrer l'établissement.

