

NOM:
DATE:

TÉLÉPHONE:
COURRIEL:

Questions de dépistage requises

Personnes de moins de 18 ans

1. Avez-vous actuellement un ou plusieurs symptômes nouveaux ou aggravés suivants? Les symptômes ne doivent pas être chroniques ni liés à d'autres causes ou problèmes de santé connus.

Avez-vous l'un ou plusieurs des symptômes suivants?

Oui Non

Fièvre et (ou) frissons	Température de 37,8 degrés Celsius/100 degrés Fahrenheit ou plus
Toux ou toux persistante (toux ressemblant à un aboiement)	Toux continue, plus importante que d'habitude, faisant un bruit de sifflement en respirant (sans lien avec l'asthme, une affection respiratoire réactionnelle après infection ou d'autres causes connues ou problèmes de santé que vous avez déjà)
Essoufflement	Manque de souffle, incapacité à respirer profondément (sans lien avec l'asthme ou d'autres causes connues ou problèmes de santé que vous avez déjà)
Baisse ou perte de l'odorat ou du goût	Sans lien avec les allergies saisonnières ou des troubles neurologiques ou d'autres causes connues ou problèmes de santé que vous avez déjà
Mal de gorge ou déglutition difficile	Déglutition difficile (sans lien avec les allergies saisonnières ou le reflux acide ou d'autres causes connues ou problèmes de santé que vous avez déjà)
Nez qui coule ou bouché ou congestionné	Sans lien avec les allergies saisonnières ou l'exposition au froid ou d'autres causes connues ou problèmes de santé que vous avez déjà
Mal de tête	Maux de tête inhabituels ou qui durent longtemps (sans lien avec des céphalées dites de tension, des migraines chroniques ou d'autres causes connues ou problèmes de santé que vous avez déjà) <i>Si vous avez reçu un vaccin contre la COVID-19 au cours des 48 dernières heures et que vous avez un léger mal de tête qui a commencé seulement après la vaccination, sélectionnez « Non ».</i>
Nausée, vomissements et (ou) diarrhée	Sans lien avec le syndrome du côlon irritable, l'anxiété, les crampes menstruelles ou d'autres causes connues ou problèmes de santé que vous avez déjà
Fatigue extrême ou douleurs musculaires	Fatigue inhabituelle ou manque d'énergie (sans lien avec la dépression, l'insomnie, les troubles thyroïdiens, une lésion qui se manifeste brusquement ou d'autres causes connues ou problèmes de santé que vous avez déjà) <i>Si vous avez reçu un vaccin contre la COVID-19 au cours des 48 dernières heures et que vous ressentez de légères courbatures et douleurs articulaires qui ont commencé seulement après la vaccination, sélectionnez « Non ».</i>

	<i>Si vous avez reçu un vaccin contre la COVID-19 au cours des 48 dernières heures et que vous ressentez une légère fatigue qui a commencé seulement après la vaccination, sélectionnez « Non ».</i>
--	--

2. Un médecin, un fournisseur de soins de santé ou un bureau de santé publique vousa-t-il informé que vous devriez présentement être en isolement (rester à lamaison)?

Cette directive peut être émise à la suite d'une éclosion, d'une recherche de contacts ou d'un résultat positif à un test antigénique rapide.

Oui **Non**

3. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous eu un « contact étroit » avec unepersonne présentement atteinte de la COVID-19?

Oui **Non**

4. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous reçu une notification d'alerte d'expositionà la COVID-19 sur votre téléphone cellulaire?

Oui **Non**

5. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada?

Si vous êtes exempté de la quarantaine fédérale conformément aux [groupesd'exemptions des exigences de mise en quarantaine](#) en vertu de la *Loi sur la mise enquarantaine*, sélectionnez « non ».

Oui **Non**

6. Y a-t-il quelqu'un avec qui vous vivez actuellement qui présente de nouveauxsymptômes de la COVID-19 et (ou) qui attend les résultats d'un test de dépistageaprès avoir présenté des symptômes?

Oui **Non**

Si la personne qui présente des symptômes a reçu un vaccin contre la COVID-19 au cours des 48 dernières heures et qu'elle ressent de légers maux de tête, de la fatigue et des courbatures et (ou) des douleurs articulaires, sélectionnez « Non ».

Résultats des questions de dépistage :

- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions de 1 à 6, vous pouvez entrer sur le lieu de travail.
- Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions de 1 à 6, vous ne pouvez pas entrer sur le lieu de travail (y compris tout lieu de travail à l'extérieur ou partiellement à l'extérieur). Vous devrait informer votre employeur de ce résultat et retourner ou rester à la maison pour s'isoler immédiatement et communiquer avec votre fournisseur de soins de santé ou Télésanté Ontario (1 866 797-0000) pour obtenir des conseils ou une évaluation, y compris pour savoir si vous devez faire un test de dépistage de la COVID-19.
- Si vous avez répondu **OUI** à la question 6, vous devez être informé de rester à la maison, ainsi que toutes les personnes vivant avec vous, jusqu'à ce que la personne présentant des symptômes reçoive un résultat négatif au test de la COVID-19 ou un autre diagnostic ou qu'elle soit autorisée à sortir de sa maison par le bureau de santé publique local.
- Si l'une des réponses à ces questions de dépistage change au cours de la journée, vous devez informer votre employeur du changement et retourner chez vous pour s'isoler immédiatement et communiquer avec votre fournisseur de soins de santé ou Télésanté Ontario (1 866 797-0000) pour obtenir des conseils ou une évaluation, y compris pour savoir si vous devez faire un test de dépistage de la COVID-19.
- Les entreprises et les organismes devraient tenir des registres de la date et de l'heure auxquelles les travailleurs se trouvaient sur le lieu de travail et de leurs coordonnées. Ces renseignements peuvent être demandés par le bureau de santé publique local pour appuyer la recherche de contacts. Ces registres doivent être conservés pendant au moins un mois.

Tout registre créé dans le cadre du dépistage auprès des travailleurs ne peut être divulgué que conformément à la loi.