



COVID-19

Veillez répondre aux questions suivantes avant de commencer à travailler aujourd'hui

Nom : _____

Date : _____ Heure : _____

Présentez-vous l'un de ces nouveaux symptômes ou une aggravation de ceux-ci?



Oui

Non

Fièvre / frissons



Oui

Non

Toux



Oui

Non

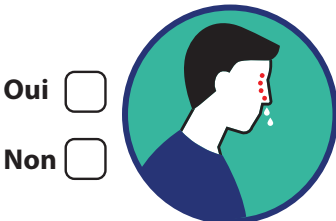
**Essoufflement /
difficulté à respirer**



Oui

Non

**Mal de gorge /
Difficulté à avaler**



Oui

Non

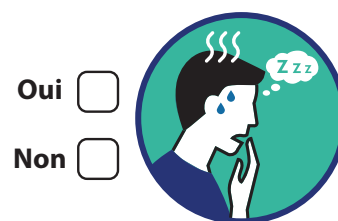
**Écoulement nasal
(sans lien avec les
allergies saisonnières)**



Oui

Non

**Perte du sens du goût
ou de l'odorat**



Oui

Non

**Malaise / mal de tête /
fatigue inexplicquée
et douleurs musculaires**



Oui

Non

**Nausée / vomissement /
diarrhée /
douleur abdominale**



Oui

Non

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact physique proche avec une personne qui :

- avait une maladie respiratoire (présentait une nouvelle toux ou une aggravation de la toux, de la fièvre ou des difficultés respiratoires)?
- est revenue d'un séjour à l'extérieur du Canada au cours des derniers 14 jours?
- était un cas confirmé ou présumé de la COVID-19?



Oui

Non

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



Si vous avez répondu **OUI** à l'une de ces questions, **veuillez rentrer à la maison ou y rester, puis vous isoler**. Rendez-vous sur SantePubliqueOttawa.ca/CliniqueCOVID pour en savoir plus sur le dépistage.

Si vous ne vous sentez pas bien, appelez votre fournisseur de soins de santé ou encore **Télésanté Ontario** au **1-866-797-0000** pour parler à une infirmière autorisée.

Adapté avec permission de Toronto Public Health

17/06/2020