

# Questionnaire sur la santé des employés

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

1. Avez-vous voyagé à l'extérieur du pays depuis les 14 derniers jours	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si vous avez répondu oui, répondez aux questions suivantes :		
1.1 Quelle était votre date de retour?	_____	
1.2 Quelle était votre destination?	_____	
2. Avez-vous un membre de votre famille immédiate (vivant sous le même toit) qui est revenu de l'extérieur du pays depuis les 14 derniers jours?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si vous avez répondu oui, répondez aux questions suivantes :		
2.1 Quelle était leur date de retour?	_____	
2.2 Quelle était leur destination?	_____	
3. Avez-vous actuellement l'un des symptômes suivants :		
3.1 fièvre (plus de 38°C)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
3.2 Toux?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
3.3 Difficultés respiratoires?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
3.4 Perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
4. Avez-vous été exposé à une personne qui constitue un cas confirmé ou probable d'infection par la COVID-19?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Si l'employé a répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, il doit être placé en quarantaine préventive. Le supérieur immédiat doit être avisé.

Si l'employé présente des symptômes de COVID-19 (question 3), des mesures de nettoyages des lieux doivent être appliquées. L'employé symptomatique doit communiquer avec la ligne 1 877 644-4545.

Signature de l'employé : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Je confirme l'exactitude de l'information déclarée ci-dessus et je m'engage à informer immédiatement l'Entreprise de tout changement de ma situation personnelle relative au présent questionnaire.