

Votre logo

**Outil d'évaluation des symptômes COVID-19**

**Dernière mise à jour selon les recommandations de l**[**’INSPQ**](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19.pdf) **du 1er février 2021**

Dans le but de protéger la santé de nos employés et de nos clients, notre entreprise a mis en place des mesures préventives conformes aux recommandations de la santé publique. Cet outil nous aidera à déterminer si vous avez besoin d’une évaluation ou de tests supplémentaires pour la COVID-19.

**Tout employé est tenu de répondre à ce court questionnaire avant le début de son quart de travail afin d’assurer que sa présence au travail est sécuritaire. Il doit également le remettre au responsable de la prévention avant son quart de travail.**

www.horticompetences.ca

Nom de l’employé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bloc A Une réponse « Oui » à un seul des symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail.**

• Avez-vous la sensation d’être fiévreux, d’avoir des frissons comme lors d’une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38,1oC (100,6 oF) ? **O / N**

• Avez-vous de la toux récente ou toux chronique aggravée depuis peu ?  **O / N**

• Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé ?  **O / N**

• Avez-vous une perte soudaine de l’odorat sans congestion nasale (nez bouché), avec ou sans perte de goût ?  **O / N**

• Avez-vous un mal de gorge ? **O / N**

• Avez-vous le nez qui coule ou une congestion nasale (nez bouché) de cause inconnue? **O / N**

**Bloc B Une réponse « Oui » à au moins deux des symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail**.

• Éprouvez-vous une fatigue intense inhabituelle sans raison évidente ?  **O / N**

• Avez-vous un mal de ventre? **O / N**

• Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique) ?  **O / N**

• Souffrez-vous d’un mal de tête inhabituel ?  **O / N**

• Avez-vous une perte d’appétit importante ?  **O / N**

• Avez-vous eu des nausées (maux de cœur), des vomissements ou de la diarrhée dans les 12 dernières heures ?  **O / N**

Je m’engage à prendre les mesures nécessaires pour protéger ma santé, ma sécurité et celles de mes collègues de travail. Je m’engage à suivre les mesures mises en place par mon employeur selon les recommandations de l’Institut national de santé publique du Québec.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées Signature Date

Si l’employé a répondu oui à l'une ou les questions, il doit retourner à la maison

et composer le 1 877 644-4545 pour obtenir la marche à suivre. Les réponses à ces questions sont des renseignements personnels dont la confidentialité est protégée.