

# Outil de dépistage de la COVID-19 pour les employés et les visiteurs essentiels dans les écoles et les services de garde d'enfants

Version 3 : Le 5 octobre 2020

Date (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_

## Questionnaire de dépistage (Inscrire un « X » dans la colonne appropriée)

1. **Présentez-vous l'un des symptômes décrits ci-dessous?** Cocher tous les symptômes qui sont nouvellement apparus ou qui s'aggravent et qui sont sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Fièvre ou frissons</b><br>Température de 37,8 degrés Celsius/100 degrés Fahrenheit ou plus                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Toux ou croup (toux ressemblant à un aboiement)</b><br>Toux continue, plus importante que d'habitude, faisant un bruit de sifflement en respirant, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (par exemple, asthme, affection respiratoire réactionnelle après infection) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Essoufflement</b><br>Manque de souffle, incapacité à respirer profondément, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (par exemple, asthme)                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Mal de gorge</b><br>Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (par exemple, allergies saisonnières, reflux acide)                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Difficulté à avaler</b><br>Déglutition douloureuse, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Nez qui coule ou bouché ou congestionné</b><br>Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (par exemple, allergies saisonnières, exposition au froid)                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Diminution ou perte du goût ou de l'odorat</b><br>Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (par exemple, allergies, troubles neurologiques)                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Conjonctivite</b><br>Inflammation de l'oeil, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (par exemple, orgelets récurrents)                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Maux de tête inhabituels ou qui durent longtemps</b><br>Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (par exemple, céphalée dite de tension, migraines chroniques)                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Problèmes digestifs comme la nausée ou des vomissements, la diarrhée, des maux de ventre</b><br>Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (par exemple, syndrome du côlon irritable, crampes menstruelles)                                                               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Douleurs musculaires inhabituelles ou prolongées</b><br>Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (par exemple, lésion qui se manifeste brusquement, fibromyalgie)                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Fatigue extrême qui est inhabituelle</b><br>Épuisement, manque d'énergie, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (par exemple, dépression, insomnie, dysfonctionnement thyroïdien)                                                                                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Chutes fréquentes</b><br>Chez les personnes plus âgées                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

2. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?

Oui  Non

3. Au cours des 14 derniers jours, un bureau de santé publique vous a-t-il dit que vous aviez été en contact étroit avec une personne ayant la COVID-19?

Oui  Non

4. Un médecin ou un fournisseur de soins de santé vous ont-ils dit que vous deviez actuellement vous isoler (rester à la maison)?

Oui  Non

5. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous reçu sur votre cellulaire une notification d'exposition envoyée par l'application Alerte COVID?

Oui  Non

Si vous avez déjà subi un test de diagnostic et que le résultat était négatif, cochez « Non ».

## Résultat du questionnaire de dépistage en fonction de vos réponses

**!** Si vous avez répondu « OUI » à l'un des symptômes décrits à la question 1 :

- Communiquez avec l'école ou le service de garde d'enfants pour lui signaler le résultat du dépistage.
- Vous devez vous isoler (rester à la maison) et ne pas sortir, sauf pour subir un test de diagnostic ou en cas d'urgence médicale.
- Parlez à un médecin ou à un fournisseur de soins de santé pour obtenir son avis et savoir si vous devez faire un test de diagnostic de la COVID-19.
- Les membres de votre foyer qui ne présentent pas de symptômes peuvent aller à l'école, dans un service de garde d'enfants ou au travail. Consultez le site Web de votre bureau de santé publique local ou appelez le bureau pour savoir s'il applique des règles différentes en fonction du risque local.

**!** Si vous avez répondu « OUI » aux questions 2 ou 4 :

- Communiquez avec l'école ou le service de garde d'enfants pour lui signaler le résultat du dépistage.
- Vous devez vous isoler (rester à la maison) pendant 14 jours et ne pas sortir, sauf en cas d'urgence médicale.
- Suivez l'avis des autorités de santé publique. Vous pouvez retourner à l'école ou dans le service de garde d'enfants seulement lorsque votre bureau de santé publique local vous aura autorisé à le faire.
- Les membres de votre foyer qui ne présentent pas de symptômes peuvent aller à l'école, dans un service de garde d'enfants ou au travail. Consultez le site Web de votre bureau de santé publique local ou appelez le bureau pour savoir s'il applique des règles différentes en fonction du risque local.

**!** Si vous avez répondu « OUI » à la question 3 :

- Communiquez avec l'école ou le service de garde d'enfants pour lui signaler le résultat du dépistage.
- Vous devez vous isoler (rester à la maison) pendant 14 jours et ne pas sortir, sauf pour subir un test de diagnostic ou en cas d'urgence médicale.
- Parlez à un médecin ou à un fournisseur de soins de santé pour obtenir son avis et savoir si vous devez faire un test de diagnostic de la COVID-19. Vous pouvez retourner à l'école ou dans le service de garde d'enfants seulement lorsque votre bureau de santé publique local vous aura autorisé à le faire.

**!** Si vous avez répondu « OUI » à la question 5 :

- Communiquez avec l'école ou le service de garde d'enfants pour lui signaler le résultat du dépistage.
- Vous devez vous isoler (rester à la maison) pendant 14 jours et ne pas sortir, sauf pour subir un test de diagnostic ou en cas d'urgence médicale.
- Rendez-vous dans un centre d'évaluation pour subir un test de diagnostic de la COVID-19. Parlez à un médecin ou à un fournisseur de soins de santé pour obtenir son avis.

**✓** Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, vous pouvez aller à l'école ou dans le service de garde d'enfants.

### Santé publique Ontario – Recherche de contacts

**Fournir les renseignements demandés ci-dessous est facultatif.** Ces renseignements ne seront utilisés que par les responsables de la santé publique pour la recherche des contacts. Tous les renseignements seront supprimés dans les 28 jours.

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

Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone ou courriel : \_\_\_\_\_