

Bureau du médecin hygiéniste en chef

Outil de dépistage de la COVID-19 à l'intention des entreprises et des organisations (dépistage des clients)

Version 1 – 7 janvier 2021

Cet outil de dépistage peut être utilisé pour faire le dépistage des clients avant d'entrer dans une entreprise ou une organisation. Le dépistage des clients avant d'entrer dans une entreprise ou une organisation n'est pas requis, mais est considéré comme une pratique exemplaire par le Bureau du médecin hygiéniste en chef.

Il ne doit pas être utilisé comme outil d'évaluation clinique ou destiné à remplacer les conseils, diagnostics ou traitements médicaux ou les conseils juridiques.

Les questions de cet outil ont été élaborées par le ministère de la Santé. Ces questions peuvent être adaptées pour répondre aux besoins en communication des personnes ayant des troubles d'apprentissage ou de développement ou un déficit cognitif.

Cet outil de dépistage peut être utilisé à l'avance ou sur place avant l'entrée du client dans l'entreprise ou de l'organisation. Cet outil permet de recueillir les résultats du dépistage et de les passer en revue afin de déterminer si une personne peut entrer dans une entreprise ou une organisation.

Cet outil de dépistage ne dispense pas la personne d'effectuer un dépistage pour une autre entreprise ou organisation si elle cherche à entrer dans un autre établissement la même journée (p. ex., restaurant, aréna, magasin de détail).

Cet outil de dépistage n'est pas requis pour le personnel des services d'urgence ou les premiers intervenants qui entrent dans un lieu de travail à des fins d'urgence.

Toute personne qui ne réussit pas le dépistage doit être informée qu'elle ne peut entrer dans l'entreprise ou l'organisation et qu'elle doit s'isoler, idéalement à la maison, et appeler son fournisseur de soins de santé ou Télésanté Ontario ([1 866 797-0000](tel:18667970000)) pour une évaluation clinique.

Questions de dépistage requises

Personnes âgées de 18 ans et plus

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

Cochez 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.

Fièvre et (ou) frissons Température de 37,8 degrés Celsius / 100 degrés Fahrenheit ou plus	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
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 d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme, affection respiratoire réactionnelle après infection, maladie pulmonaire obstructive chronique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Essoufflement Manque de souffle, incapacité à respirer profondément, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Baisse ou perte de l'odorat ou du goût Sans liens avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., troubles neurologiques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mal de gorge Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., allergies saisonnières, reflux acide)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Déglutition douloureuse Déglutition douloureuse, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Conjonctivite Conjonctivite, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., orgelets externes récurrents)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nez qui coule ou bouché ou congestionné Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., allergies saisonnières, exposition au froid)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux de tête inhabituels ou qui durent longtemps Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., céphalée dite de tension, migraines chroniques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes digestifs comme les nausées/vomissements, la diarrhée et les maux d'estomac Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., syndrome du côlon irritable, crampes menstruelles)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Douleurs musculaires inhabituelles ou qui durent longtemps Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., lésion qui se manifeste brusquement, fibromyalgie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fatigue extrême inhabituelle Fatigue ou manque d'énergie, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., dépression, insomnie, troubles thyroïdiens)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chutes nombreuses Pour les personnes âgées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Personnes de moins de 18 ans

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

Fièvre et (ou) frissons Température de 37,8 degrés Celsius / 100 degrés Fahrenheit ou plus	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
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 d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme, affection respiratoire réactionnelle après infection)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Essoufflement Manque de souffle, incapacité à respirer profondément, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Baisse ou perte de l'odorat ou du goût Sans liens avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., troubles neurologiques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mal de gorge ou déglutition difficile Déglutition douloureuse, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., allergies saisonnières, reflux acide)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Nez qui coule ou bouché ou congestionné Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., allergies saisonnières, exposition au froid)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux de tête inhabituels ou qui durent longtemps Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., céphalée dite de tension, migraines chroniques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nausée, vomissements et (ou) diarrhée Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., syndrome du côlon irritable, anxiété chez les enfants, crampes menstruelles)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fatigue extrême inhabituelle ou douleurs musculaires Fatigue, manque d'énergie, difficulté d'alimentation chez les nourrissons, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., dépression, insomnie, troubles thyroïdiens, lésion qui se manifeste brusquement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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

Si vous êtes un travailleur essentiel qui traverse régulièrement la frontière entre le Canada et les États-Unis pour travailler, sélectionnez « non ».

Oui

Non

3. Au cours des 14 derniers jours, un bureau de santé publique vous a-t-il identifié comme ayant eu un contact étroit avec une personne présentement atteinte de la COVID-19?

Oui

Non

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

Oui

Non

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

Si vous avez déjà passé un test de dépistage et que votre résultat s'est révélé négatif, sélectionnez « Non ».

Oui

Non

Résultats des questions de dépistage :

- Si le client a répondu **NON à toutes les questions de 1 à 5**, il peut entrer dans l'entreprise ou l'organisation.
- Si le client a répondu **OUI à l'une des questions de 1 à 5**, il ne peut pas entrer dans l'entreprise ou l'organisation (y compris toute entreprise ou tout établissement à l'extérieur ou partiellement à l'extérieur). Il faut l'aviser qu'il doit retourner à la maison pour s'isoler immédiatement et communiquer avec son fournisseur de soins de santé ou Télésanté Ontario (1 866 797-0000) pour savoir si elle doit faire un test pour la COVID-19.
- Si l'une des réponses à ces questions de dépistage change au cours de la journée, ce résultat de dépistage n'est plus valide et le client devrait répondre à un autre questionnaire de dépistage lorsque cela s'avère nécessaire.
- Les entreprises et les organisations doivent tenir des registres de ces résultats de dépistage. Les registres doivent être conformes à toutes les exigences applicables à la conservation et à la confidentialité et peuvent être demandés par le bureau de santé publique local pour appuyer la recherche de cas et de contacts en cas d'éclosion.

Ressources :

- Page Web [La COVID-19 \(le coronavirus\) en Ontario](#) (trouvez un centre de dépistage, consultez vos résultats, comment freiner la propagation du virus).
- [Ressources pour prévenir la COVID-19 dans les lieux de travail](#) du ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences.