



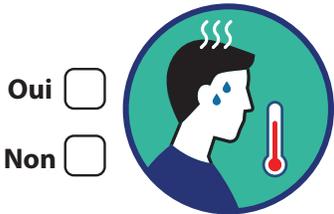
# COVID-19

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?**



**Fièvre / frissons**



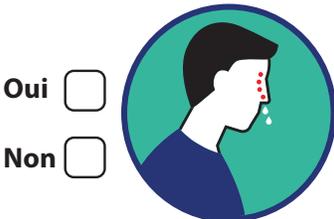
**Toux**



**Essoufflement /  
difficulté à respirer**



**Mal de gorge /  
Difficulté à avaler**



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



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



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



**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](https://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