Vous serez appelé à vous rendre à nos locaux pour effectuer un travail ou une visite. Dans le contexte de COVID-19, des mesures de prévention sont en place afin de réduire la propagation virale et protéger le personnel.

Voici une série de questions auxquelles vous êtes tenu de répondre avant votre visite.

**Questions d'évaluation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1) Ressentez-vous l’un ou l’autre des symptômes suivants ?** | **Oui** | **Non** | |
| * Fièvre (au-delà de 38 degrés Celsius ou 100.4 degrés Fahrenheit) |  |  | |
| * Toux |  |  | |
| * Éternuements |  |  | |
| * Mal de gorge |  |  | |
| * Difficulté à respirer |  |  | |
| * Perte de l'odorat ou du goût |  |  | |
| 2) **Avez-vous voyagé** à l’étranger (y compris aux États-Unis) au cours des 14 derniers jours? Le voyage inclut le passage dans un aéroport. |  |  | |
| **3)** Avez-vous **pris soin** d’une personne atteinte de la COVID-19 (probable ou confirmé) ou avez-vous eu un **contact étroit** avec elle alors qu’elle était malade (toux, fièvre, éternuement ou mal de gorge) ? |  | |  |
| *Par* ***contact étroit****, on entend une personne qui :*   * *a prodigué des soins à un particulier, ce qui comprend des travailleurs de la santé, des membres de la famille ou d’autres aidants naturels, ou qui a eu d’autres contacts physiques étroits similaires sans utiliser un équipement de protection individuel de façon régulière et appropriée ;* * *vivait avec la personne ou avait un contact étroit et prolongé (dans un rayon de moins de 2 mètres) avec celle‑ci pendant qu’elle était contagieuse ;* * *avait pu être en contact direct avec des fluides corporels contagieux de la personne sans être munis de l’équipement de protection individuelle recommandé.* | | | |
| **4) Vous êtes-vous retrouvé** dans un lieu où la distanciation sociale de 2 mètres n’était pas respectée (bar, party privé, etc.) et où une ou plusieurs personnes, à votre connaissance, ont été déclarées positives à la COVID-19 au cours des 2 dernières semaines? |  |  | |
| **5) Avez-vous reçu un diagnostic positif** pour la COVID-19 au cours des 3 dernières semaines? |  |  | |

Si vous répondez **OUI** à l’une ou l’autre des questions, restez à la maison et communiquez avec votre contact de notre organisation. De plus, vous devriez songer à consulter un professionnel de la santé ou effectuer un dépistage COVID-19.

Si vous répondez **NON** à toutes les questions, vous pouvez venir à nos locaux. Nous avons mis au point des règles de distanciation physique, un protocole de nettoyage et désinfection. Nous vous demandons de prévoir un masque et une visière.

En signant ce formulaire, vous confirmez que les informations transmises sont véridiques et que vous vous engagez à respecter les règles de sécurité en place dans notre organisation.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de la compagnie |  | Date formulaire complété |  |
| Prénom et nom |  | Signature |  |

**Note.** À tout moment, le représentant de l’organisation peut terminer cette visite s’il juge que vous représentez un risque de contamination pour le personnel de l’organisation ou que la situation au sein de notre établissement pourrait vous exposer à un risque de contamination.

Ce document a été reçu le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, représentant désigné de l’organisation. Initiales du représentant de l’organisation : \_\_\_\_\_