

	OUI	NON
Avez-vous voyagé hors Canada au cours des 2 dernières semaines?	()	()
Avez-vous reçu un résultat positif de covid-19?	()	()
Habitez-vous ou travaillez-vous dans milieu endémique, zones tiède ou chaude d'un établissement de santé où il y a éclosion?	()	()
Avez-vous reçu la consigne de demeurer en isolement?	()	()
Avez-vous été en contact avec des individus confirmés ou suspectés de la Covid-19 ou en investigation?	()	()
Avez-vous respecté les mesures de distension physique (limiter sorties non essentielles, lavage des mains, port du masque si à moins de 2 mètres)	()	()
Souffrez-vous d'un ou des symptômes suivants qui ne sont pas symptômes habituels pour vous, apparu dans les 14 derniers jours?	()	()
Fièvre?	()	()
Toux?	()	()
Mal de gorge?	()	()
Nez qui coule?	()	()
Difficultés respiratoires?	()	()
Perte d'odorat?	()	()
Courbatures?	()	()
Diarrhée?	()	()
Avez-vous des nouveaux boutons, cloques ou bulles sur la peau au niveau du tronc ou des membres (ressemblant à la varicelle)?	()	()
Avez-vous des nouvelles lésions à la peau au niveau des orteils et des doigts (aspect d'engelures)?	()	()

Responsable de la collecte de l'information :

Date :