



**PANDÉMIE DE CORONAVIRUS (COVID-19)
FORMULAIRE D'AUTODÉCLARATION POUR ISOLEMENT VOLONTAIRE**

La divulgation de l'exposition à ou de la maladie est requise afin de protéger la santé et la sécurité ainsi que pour limiter la propagation dans la communauté. Les informations recueillies seront conservées en toute sécurité et aucune information personnelle ne sera divulguée sauf si la loi l'exige ou avec le consentement exprès de l'employé(e).

NOUS VOUS DEMANDONS DE REMPLIR CE FORMULAIRE SI VOUS :

- revenez de voyage
- habitez avec une personne invitée à se mettre en quarantaine
- avez été en contact avec quelqu'un d'infecté
- êtes malade

Nom de l'employé(e) : _____

Questionnaire

1. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada et êtes de retour depuis le 12 mars ou après?

Oui Non

Si oui, prière de soumettre l'information suivante:

Nom de l'endroit visité (pays, province/état, ville) : _____

Dates du voyage (date d'arrivée/date de retour) : _____

2. Avez-vous eu un contact étroit avec une personne diagnostiquée ou suspectée d'avoir contracté la COVID-19?

Oui Non

Si oui, prière de soumettre l'information suivante :

Quelle est votre relation avec cette personne : _____

Demeurez-vous dans la même résidence : Oui Non

Quelle est la dernière date de contact : _____

3. Avez-vous un ou plusieurs des symptômes suivants?

Fièvre Oui Non

Toux Oui Non

Difficultés respiratoires Oui Non

Date d'apparition des symptômes : _____

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-haut, **vous devez vous isoler** pour une période de **14 jours** à compter de la date du retour de voyage, de la date du dernier contact avec une personne diagnostiquée ou suspectée d'avoir contracté la COVID-19 ou de la date d'apparition des symptômes.

4. Avez-vous communiqué avec Info-Santé au 1 877 644-4545 ? Oui Non

Si vous avez répondu oui, prière d'indiquer ci-bas leurs recommandations :

5. Êtes-vous en mesure de travailler de la maison? Oui Non

Je confirme que toute l'information indiquée ci-haut est exacte.

Nom de l'employé(e)

(tient lieu de signature)

Numéro de téléphone

Date

Prière de sauvegarder et de transmettre ce formulaire à l'adresse suivante : covid-19@uquebec.ca