

# Déclaration quotidienne de bonne santé – Employé

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>NOM, Prénom :</b> |  |
| <b>Date :</b>        |  |

Ce questionnaire vise à faire le triage des travailleurs avant leur entrée dans les bâtiments municipaux permettant d'exclure ceux qui présentent des symptômes et qui ne sont pas des contacts d'un cas connu et suivi par la Santé publique. **L'objectif étant de protéger la santé de tous les employés en retirant rapidement les travailleurs qui risquent d'être atteints de la COVID-19 et de limiter les risques de transmission.**

| <b>Un seul des symptômes suivants justifie le refus d'accès aux bâtiments municipaux (explication au verso)</b>  |   |
|--|---|
| <i>Avez-vous la sensation d'être fiévreux, d'avoir des frissons comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38 °C (100,4 °F) ?</i> | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <i>Avez-vous de la toux récente ou empirée depuis peu ?</i>  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <i>Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé ?</i>  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <i>Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût ?</i>   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

| <b>Une réponse « Oui » à au moins deux des trois questions suivantes (A, B, C) justifie le refus d'accès aux bâtiments municipaux</b>  |   |
|--|---|
| <b>A – Avez-vous un ou plusieurs des symptômes généraux suivants ?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente</li> <li>• Douleurs musculaire ou courbatures inhabituelles sans raison évidente</li> <li>• Mal de tête inhabituel</li> <li>• Perte d'appétit</li> </ul> | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>B – Avez-vous eu de la diarrhée dans les 12 dernières heures ?</b>  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>C – Avez-vous eu un mal de gorge sans autre cause évidente ?</b>  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Un employé exclu par ce questionnaire doit contacter le **1 877 644-4545** pour les consignes à suivre (consulter le site quebec.ca pour les numéros de téléphones locaux).

Lors de l'appel, il est important de préciser qu'il est un employé de la Ville de Varennes.

Je \_\_\_\_\_ atteste que les renseignements fournis dans ce questionnaire sont conformes et je m'engage à **aviser mon gestionnaire sans délai de tout changement survenant à ma condition ou celle d'un proche domicilié à mon adresse et transmettre l'information par courriel à l'adresse :**

[rhpandemie@ville.varennes.qc.ca](mailto:rhpandemie@ville.varennes.qc.ca)

Signature de l'employé : \_\_\_\_\_

L'employé se présentant sur son lieu de travail devra remettre le formulaire dûment complété afin de certifier que sa déclaration quotidienne de bonne santé lui permet d'être au travail.

#### Remise du formulaire

- Transmis par courriel à [rhpandemie@ville.varennes.qc.ca](mailto:rhpandemie@ville.varennes.qc.ca) (photo ou PDF)  
OU
- Formulaire papier déposé dans un panier prévu à cet effet sur les lieux de travail.

| EXPLICATIONS  |
|---|
| <p><b>Fièvre :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Une fièvre intermittente, c'est-à-dire, qui part et revient, répond également à ce critère. Une mesure unique de la température égale ou supérieure à <math>38^{\circ}C</math> prise à la bouche répond également à ce critère.</li></ul>  |
| <p><b>Toux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De rares personnes, par exemple les fumeurs chroniques, peuvent présenter de la toux sur une base régulière. Une toux habituelle ne répond pas à ce critère, mais <b>toute modification de la toux</b>, par exemple son augmentation en fréquence ou l'apparition de crachats, répond à ce critère.</li></ul>  |
| <p><b>Difficulté à respirer :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Certaines personnes, par exemple les asthmatiques, peuvent avoir des raisons propres à leur condition et non liées à la COVID-19 qui expliquent leurs difficultés à respirer. Toute difficulté à respirer autre que celles qui ont des causes évidentes autres répond à ce critère.</li></ul> |
| <p><b>Perte soudaine de l'odorat ou du goût :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Une perte d'odorat <b>sans congestion nasale</b> avec ou sans perte du goût répond à ce critère, qu'elle soit isolée ou combinée à d'autres symptômes.</li></ul>  |