

DATE : \_\_\_\_\_ HEURE D'ARRIVÉE : \_\_\_\_\_

**QUESTIONNAIRE D'AUTO-DÉCLARATION DU VISITEUR/PROCHE AIDANT**

1. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours ?  
 NON       OUI, quelle est la date de retour ? \_\_\_\_\_
  
2. Provenez-vous d'un établissement en éclosion de COVID-19 ?  
 NON       OUI, lequel ? \_\_\_\_\_
  
3. Avez-vous eu un résultat de COVID-19 (+) pour lequel des mesures de confinement sont toujours en place ?  
 NON       OUI
  
4. Avez-vous eu un contact étroit ou avez-vous été identifié par la Santé Publique comme tel, c'est-à-dire plus de 15 minutes à moins de 2 mètres, avec une personne suspectée (malade) ou infectée par le COVID-19 ?  
 NON       OUI
  
5. **Avez-vous un des symptômes suivants ?**

Frisson ou fièvre	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Toux (nouvelle ou aggravée)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Difficulté respiratoire (nouvelle ou aggravée)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Perte d'odorat (anosmie) avec ou sans perte de goût (agueusie)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Mal de gorge	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Écoulement nasal ou congestion nasale (de cause inconnue)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

**Avez-vous au moins 2 des symptômes suivants ?**

Mal de tête	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Fatigue intense	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Symptômes gastro-intestinaux (mal de ventre, nausée, vomissement ou diarrhée)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Détérioration de l'état général	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

Date du début des symptômes ? \_\_\_\_\_

6. Je confirme que l'information indiquée ci-dessus est exacte.

Votre nom à titre de visiteur/proche aidant : \_\_\_\_\_

Ville de votre domicile : \_\_\_\_\_

Votre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de l'utilisateur à visiter : \_\_\_\_\_

7. Veuillez remettre le questionnaire à la personne désignée de l'accueil. Celui-ci prendra la décision finale :

Le visiteur/proche aidant ne peut entrer       Le visiteur/proche aidant peut entrer

Nom du gardien de sécurité ou personne responsable à l'accueil : \_\_\_\_\_

NOTE : Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, vous ne pouvez pas accéder à l'établissement afin de protéger le personnel et les usagers.