

## Questionnaire des symptômes COVID-19

Ce questionnaire vise à faire le triage des **travailleurs** avant votre entrée travail permettant d'exclure ceux qui présentent des symptômes et qui ne sont pas déjà pris en charge par la santé publique.

Un employé avec un questionnaire positif doit contacter le **1 877 644-4545** ou le **811 pour les consignes à suivre** (consulter le [site quebec.ca](http://site.quebec.ca) pour les numéros de téléphone locaux). **Lors de l'appel, la personne précise qu'elle est un travailleur.**

### Un seul symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail

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 38,1 °C (100,6 °F)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous une perte soudaines de l'odorat sans congestion nasale (nez bouché), avec ou sans perte de goût?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous une toux récente ou une toux chronique aggravée depuis peu?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous un mal de gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### Une réponse « oui » à au moins deux symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail

Mal de ventre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nausées (maux de coeur) ou vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nez qui coule ou congestion nasale (Nez bouché) de cause inconnue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte d'appétit importante	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur musculaires généralisées ou courbatures inhabituelles (non lien a effort physique)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal de tête inhabituel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### Explications

**Fièvre** : Un fièvre intermittente, c'est a dire qui part et revient, répond également à ce critère, Une mesure unique de la température égale ou supérieur à 38,1°C prise par la bouche répond également à ce critère.

**De la toux**: 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 toute modification de la toux, par exemple son augmentation en fréquence ou l'apparition de crachats, répond a ce critère.

**Difficulté a respirer**: Certaine personnes, par exemple les asthmatiques, peuvent avoir des raisons propres a leur condition et non liées à la covid-19 qui explique leur difficulté à respirer autre que celles qui ont des causes évidentes autres répond à ce critère.

**Perte soudaine de l'odorat**: Une perte soudaine d'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte du goût, répond à ce critère qu'elle soit isolée ou combinée à d'autres symptôme