

Coronavirus

PRÉVENTION QUESTIONNAIRE

La **contamination communautaire** complique l'interprétation des questionnaires.

Ce nouveau questionnaire a pour objectif de connaître les déplacements et les symptômes du travailleur pour une évaluation cas par cas qui évoluera dans le temps. (Ex : à ce moment-ci de la pandémie, le fait d'aller à l'épicerie n'est pas restrictif, mais pourrait le devenir.)

- - -

Community contamination complicates the interpretation of the questionnaires.

The objective of this new questionnaire is to know the worker's movements and symptoms for a case-by-case assessment which will change over time. (Ex: at this point in the pandemic, going to the grocery store is not restrictive, but could become.)

Coronavirus

PRÉVENTION QUESTIONNAIRE

SECTION A

A - 1	Avez-vous pris l'avion ou voyagé à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours ? Si oui, compléter les questions suivantes : 1.1 : Quelle date vous êtes arrivé ? _____	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
A - 2	Avez-vous été en contact étroit avec quelqu'un qui a probablement ou qui a été diagnostiqué positif pour le COVID-19 ? 2.1 : Connaissez-vous la date? _____	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
A - 3	Est-ce qu'un membre de votre entourage immédiat présent des symptômes de fièvre, toux, ou difficultés respiratoires ? 3.1 : Date des contacts ? _____	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
A - 4	Avez-vous été dans un lieu de rassemblement de plus de 10 personnes dans les 14 derniers jours (hôpital, clinique médicale, épicerie...) ? 3.1 : Date des contacts et précision ? _____	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

SECTION B

B - 5	Avez-vous ou avez-vous eu de la FIÈVRE ou des FRISSONS ou l'impression d'en faire dans les 14 derniers jours ? 4.1 : Quelle est la date de début et de fin ? _____	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
B - 6	Avez-vous ou avez-vous eu de la TOUX ou des EXPECTORATIONS (crachats) dans les 14 derniers jours ? 5.1 : Quelle est la date de début et de fin ? _____	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
B - 7	Avez-vous ou avez-vous eu de la DIFFICULTÉ À RESPIRER dans les 14 derniers jours ? 6.1 : Quelle est la date de début et de fin ? _____	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
B - 8	Avez-vous eu un SYNDROME GRIPPAL dans les derniers 14 jours, donc plusieurs de ces symptômes suivants : baisse d'appétit, douleurs musculaires, fatigue anormale, congestion ou nez qui coule, maux de têtes, nausées, vomissements ou diarrhées, anosmie (perte du goût et/ou de l'odorat)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Coronavirus

PRÉVENTION QUESTIONNAIRE

SECTION A

<p>A - 1 Have you flown or traveled outside of Canada in the past 14 days? 1.1 : What date did you arrive ? _____</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>
<p>A - 2 Have you been in close contact with someone who has likely or has been tested positive for COVID-19? 2.1 : Do you know the date? _____</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>
<p>A - 3 Does anyone around have symptoms of fever, cough, or difficulty breathing? 3.1: Date of contacts? _____</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>
<p>A - 4 Have you been in a gathering place for more than 10 people in the past 14 days (hospital, medical clinic, grocery store, etc.)? 4.1: Date of contacts and details? _____</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>

SECTION B

<p>B - 5 Have you or have you had FEVER or CHILLS or the impression to have it in the past 14 days? 4.1 : What is the start and end date? _____</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>
<p>B - 6 Have you or have you had COUGH or EXPECTORATIONS (spitting) in the past 14 days? 5.1 : What is the start and end date? _____</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>
<p>B - 7 Have you or have you had DIFFICULTY TO BREATHE in the past 14 days? If yes, complete the following question: 6.1 : What is the start and end date? _____</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>
<p>B - 8 Have you had FLU SYNDROME in the past 14 days, so many of the following symptoms: decreased appetite, muscle pain, abnormal fatigue, congestion or runny nose, headache, nausea, vomiting or diarrhea, anosmia (loss taste and / or smell)?</p>	<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>