

Ce document est confidentiel • Merci de le déposer face à l'envers

1. Avez-vous été testé(e) positif ou positive à la COVID-19 au cours des dix (10) derniers jours? Oui Non
2. Présentez-vous actuellement l'un ou l'autre des symptômes suivants?

Symptômes généraux		
- Fièvre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Perte soudaine d'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Grande fatigue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Maux de tête		
Symptômes respiratoires		
- Toux (nouvelle ou aggravée)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Essoufflement, difficulté à respirer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Nez qui coule ou nez bouché	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Symptômes gastro-intestinaux		
- Nausées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Maux de ventre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

3. Avez-vous été en contact étroit ou vivez-vous sous le même toit qu'une personne atteinte de la COVID-19?
 Oui Non
4. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?
 Oui Non
5. Avez-vous reçu la consigne de la Direction de la santé publique du Québec de rester à la maison?
 Oui Non

IMPORTANT : Assurez-vous que **toutes les réponses** soient **négatives** pour autoriser l'accès. Faire parvenir ce formulaire confidentiel rempli à M^{me} Karina Roy, au Service des archives.

Pavillons visités :

Gérard-Arguin Joseph-Angers Piekouagami Lionel-Gaudreau Charlevoix (CECC)
Saguenay Manicouagan Paul-Arthur Fortin

Information sur la personne qui désire accéder :

Nom, prénom (lettres moulées) : _____

Statut de la personne (employé, élève, autre) : _____

Numéro de téléphone : _____ Signature : _____

Date : _____ Heure : _____

Émis : 2020-03-27	Modifié : 2020-10-01	Par : DSAT, SSS	Référence : M:\ServTech\Guylaine\Santé-Sécurité\Gestion\013080\AccesCegep_Pandemie2020_Formulaire.docx
Vérifié : 2020-08-12		Par : DSAT, SSS	
Approuvé : 2020-08-12		Par : DSAT, SSS	Document non contrôlé si imprimé
			Imprimé le : 2020-09-30