**Questionnaire Covid pour les employées**

|  |
| --- |
| **Un seul des 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 °C (100,4 °F)? |  Oui Non |
| Avez-vous de la toux récente ou empirée depuis peu? |  Oui Non |
| Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé? |  Oui Non |
| Avez-vous une perte soudaine de l’odorat ou du goût? |  Oui Non |
| **Une réponse « Oui » à au moins deux des trois questions suivantes (A-B-C) justifie un retrait immédiat du travail** |
| **A)** Avez-vous un ou plusieurs des symptômes généraux suivants?* Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente
* Douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles sans raison évidente
* Mal de tête inhabituelle
* Perte d’appétit

**B)** Avez-vous eu des nausées, des vomissements ou de la diarrhée dans les 12 dernières heures?**C)** Avez-vous un mal de gorge sans autre cause évidente? |  Oui Non Oui Non Oui Non |

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bureau covid-19