

Ce questionnaire est à remplir par la Direction de la santé publique.

Ce questionnaire documente vos symptômes pour l'équipe de la Direction de la santé publique. Si jamais votre état de santé se détériore de façon importante, SVP appelez le 811 et dites que vous êtes un contact d'une personne atteinte de la COVID-19.

IDENTIFICATION DU CAS (personne atteinte de la COVID-19 avec qui vous avez été en contact)

Nom : _____ Prénom : _____

IDENTIFICATION DU CONTACT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : H F
AAAA-MM-JJ Indéterminé

Téléphone : _____

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE LA SANTÉ

1- Dans les 4 dernières heures, avez-vous pris des médicaments pour la fièvre ou les maux de tête, comme de l'acétaminophène (Tylenol, Tempra), de l'ibuprofène (Advil, Motrin) ou de l'aspirine ?

Oui Non

2- Avez-vous un thermomètre afin de prendre votre température ?

Oui Non

2.1- Si oui, mesurez votre température maintenant, en degrés Celsius.
Quelle est le résultat en degré Celsius?

Température : _____
Prendre note que la mesure de la température sera datée du moment où cette donnée sera saisie dans le système.

2.2- Si vous n'avez pas de thermomètre, éprouvez-vous l'un des symptômes suivants :
front chaud, douleur musculaire ou articulaire, frissons, faiblesse généralisée ?

Oui Non

3- Dans les dernières 24 heures, avez-vous eu de la difficulté à respirer ou ressenti un essoufflement ?

Oui Non

4- Dans les dernières 24 heures, avez-vous ressenti de la douleur à la poitrine ?

Oui Non

C- ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE LA SANTÉ (SUITE)

5- Est-ce que vous avez de la toux ? Ou si vous avez une condition de santé qui vous cause de la toux, est-ce que votre toux est pire que d'habitude ?

Oui Non

6- Dans les dernières 24 heures, avez-vous eu mal à la gorge ?

Oui Non

7- Dans les dernières 24 heures, avez-vous eu le nez qui coule ?

Oui Non

8- Dans les dernières 24 heures, avez-vous ressenti une perte de l'odorat (en absence d'une congestion nasale) ?

Oui Non

9- Dans les dernières 24 heures, avez-vous eu de la diarrhée (trois selles ou plus) ?

Oui Non

10- Dans les dernières 24 heures, avez-vous eu des maux de tête ?

Oui Non

11- Dans les dernières 24 heures, vous êtes-vous senti plus fatigué que d'habitude et incapable de mener à bien vos activités quotidiennes ?

Oui Non

Fin de l'entrevue. Si vous avez des questions supplémentaires, vous pouvez téléphoner au **811**.

La Direction régionale de santé publique vous remercie de votre collaboration.