



CAMPUS DE QUÉBEC
1300, 8e Avenue Québec
(Québec) G1J 5L5
418 647-6600

CAMPUS DE CHARLESBOURG
7600, 3e Avenue Est Québec
(Québec) G1H 7L4
418 647-660



INFORMATIONS PERSONNELLES

| | | |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| Nom | Prénom | # employé |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| N° téléphone (pour réponse rapide) | Questionnaire complété par | Date du jour |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

| | | | |
|--|------------------------------------|------------|---------------|
| Date de début des symptômes | Contexte probable de contamination | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Symptômes ressentis (cocher) | Au cégep | Hors cégep | Inconnu |
| Fièvre | Fatigue intense | | Maux de gorge |
| Toux | Perte importante de l'appétit | | Nausées |
| Difficulté à respirer | Maux de tête | | Vomissements |
| Perte de l'odorat sans congestion nasale | Douleurs musculaire/courbatures | | Diarrhées |
| Autres | <input type="text"/> | | |

L'[outil](#) d'autoévaluation des symptômes de la Covid-19 de la Santé Publique vous recommande-t-il de passer un test de dépistage?

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| | Oui | Non | Date du test de dépistage (s'il y a lieu) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Résultat obtenu à la suite du test de dépistage

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| | Positif | Négatif | Inconnu | Date du résultat (s'il y a lieu) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Période d'isolement qui vous a été prescrite

| | | |
|--------|----------------------|----------------------|
| | Du | Au |
| Aucune | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Quelle prestation pouvez-vous offrir en mode télétravail?

Pleine Partielle Aucune

Précisez les motifs si vous ne pouvez pas offrir une pleine prestation en mode télétravail



VOS CONTACTS

Avez-vous eu des contacts étroits¹ au cégep au cours des 48 heures précédant l'apparition de vos symptômes? Oui Non

Dans l'affirmative, préciser le nom des personnes et les lieux fréquentés dans le tableau ci-dessous (incluant bureaux des enseignants, cafétéria, bibliothèque, etc.)

| PERSONNES | LIEUX | DATE | À l'usage du Collège Type de contact* Étroit (É) / non étroit NÉ |
|-----------|-------|------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



À L'USAGE DU COLLÈGE

À l'aide de la liste ci-dessous, valider si chacun des contacts de l'employé est considéré : Étroit (É) ou Non étroit (NE) et l'inscrire dans le tableau de la section B)

Distanciation avec la personne moins de 2 mètres plus de 2 mètres
Durée du contact moins de 15 min. plus de 15 min.

Port de l'équipement de protection individuelle (EPI) au moment du contact

Masque de procédure et protection oculaire (visière ou lunettes)

Aucun EPI

Masque de procédure sans protection oculaire (visière ou lunettes)

Couvre visage artisanal et protection oculaire (visière ou lunettes)

Couvre visage artisanal sans protection oculaire (visière ou lunettes)

Date de retour possible au Cégep

Autres informations pertinentes

Signature

Date



CONSIGNES

Afin d'assurer la sécurité de tous et de toutes le plus efficacement possible, nous vous remercions de suivre les instructions suivantes.

- Remplir ce formulaire à l'ordinateur, préférablement avec le logiciel Adobe Acrobat
- Ne pas taper en dehors des champs prévus à cet effet
- Cliquez sur les champs surlignés en gris pour y rentrer du texte.
- Pour obtenir de l'aide sur un champ à remplir, consultez la barre d'état de votre logiciel ou appuyez sur la touche F1 de votre clavier.
- Vous pouvez vous déplacer d'un champ à l'autre à l'aide des flèches de direction de votre clavier.
- Ne pas tenter de modifier ce formulaire.