



### Identification du premier répondant :

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :			
Adresse :			
Téléphone Maison :		Travail :	Cellulaire :
Employeur :			Téléphone :

### Source d'exposition

La personne a été en contact avec une personne qui pourrait être ou qui est atteinte du Coronavirus OUI  NON

Si oui, compléter la section suivante :

Nom et prénom :		Lien :	
Contact avec un cas :	<input type="checkbox"/> Confirmé	<input type="checkbox"/> Probable	Date du dernier contact : ____ / ____ / ____ A M J
Circonstances du contact : _____			

Nbre de personnes vivant sous le même toit du premier répondant :          Adultes : \_\_\_\_\_ Enfants : \_\_\_\_\_  
 Est-ce que vous ou les personnes vivant sous votre toit avez été en contact avec une personne revenant de voyage depuis 14 jours : \_\_\_\_\_  
 Préciser : \_\_\_\_\_  
 Endroit et date : \_\_\_\_\_

### Depuis quatorze (14) jours :

Avez-vous présenté des symptômes de fièvre?  oui  non  
 Avez-vous pris votre température avec un thermomètre?  oui  non  
 Avez-vous pris des médicaments contre la fièvre (Tyléno<sup>md</sup>, Advil<sup>md</sup>, AAS, etc.)?  oui  non  
 Avez-vous eu de la toux?  oui  non  
 Avez-vous eu des difficultés respiratoires?  oui  non  
 Avez-vous eu des symptômes gastro-intestinaux? (Selles molles, diarrhée, maux de ventre, vomissements)  oui  non  
 Avez-vous eu d'autres symptômes? Si oui, les décrire : \_\_\_\_\_  oui  non

Température buccale actuelle : \_\_\_\_\_

### Mesures exceptionnelles – COVID-19

- INTERDICTION à tout visiteur revenant de voyage ou ayant reçu un résultat positif de COVID-19 ou en attente d'un résultat de test COVID-19 ou ayant été en contact avec un cas confirmé de COVID-19 ou présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19.
- Triage des visiteurs autorisés (maximum de 3 à 4 personnes identifiés par patient/répondant). Autorisation d'une personne à la fois pour un maximum de quatre personnes par période de 24 heures.
- Les visiteurs ne peuvent circuler dans Maison de soins et doivent respecter les mesures de prévention applicables.

Date \_\_\_\_\_ Complété par \_\_\_\_\_