

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Nom : _____

Club : _____

Date et heure de l'entraînement : _____

Enseignant : _____

Avez-vous remarqué l'un des symptômes suivants au cours des derniers 24h ?

	Symptômes	Oui	Non
1	Température corporelle supérieure 38.1 °C enfant ou 38.0 °C pour adulte		
2	Nouvelle toux ou aggravation d'une toux		
3	Perte d'appétit importante		
4	Apparition soudaine d'un essoufflement ou difficulté à respirer		
5	Apparition soudaine de vomissements et / ou de diarrhée et/ou nausée		
6	Apparition soudaine de douleurs musculaires		
7	Maux de ventre		
7	Mal de gorge		
8	Fatigue intense sans cause connue		
9	Nez qui coule ou nez bouché		
10	Perte soudaine d'odorat sans congestion nasale		

Les affirmations suivantes sont-elles vraies pour vous ?

		Oui	Non
A	Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact direct avec une personne déclarée infectée par le Covid-19 ?		
B	Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des derniers 14 jours ?		

Si vous avez indiqué OUI à l'un des 10 symptômes ou affirmations, vous devez rester chez vous. 24h après l'apparition des premiers symptômes, vous devez compléter le formulaire d'auto-évaluation: <https://covid19.quebec.ca/surveys/cdd2/introduction>

Je reconnais que

- Si j'ai eu le COVID-19 et ai été hospitalisé, je dois d'abord consulter un médecin avant ma reprise d'activité,
- Si au cours des 14 derniers jours j'ai eu des symptômes pendant plus de 24h faisant suspecter une infection à la COVID-19 et que je n'ai pas passé de test d'autoévaluation ou de dépistage, alors il y a eu plus de 10 jours depuis les premiers symptômes ET je n'ai plus de fièvre depuis au moins 48h ET mes symptômes se sont améliorés depuis au moins 24h (excluant la toux ou perte d'odorat qui peuvent durer plus longtemps).

Signature pratiquant / parent