



### **FORMULAIRE DE DÉCLARATION COVID-19 — VISITEUR/CLIENT/CAMPEUR**

Après avoir rempli ce questionnaire, si vous présentez des symptômes et que vous n'êtes pas un des contacts d'un cas connu et suivi par la santé publique, vous devez contacter le **1-877-644-4545 pour les consignes à suivre** (consulter le site [quebec.ca](http://quebec.ca) pour les numéros de téléphone locaux).

Avant de débiter ce questionnaire, prendre connaissance des explications à la page suivante.

<b>PRÉSENTEZ-VOUS UN OU PLUSIEURS DES SYMPTÔMES SUIVANTS?</b>	
Avez-vous une sensation de fièvre, des frissons comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température buccale égale ou supérieure à 38° C (100,4° F) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous de la toux ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous de la difficulté à respirer ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

<b>PRÉSENTEZ-VOUS UN OU PLUSIEURS DES SYMPTÔMES SUIVANTS?</b>	
<b>Avez-vous un ou plusieurs des symptômes généraux suivants ?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fatigue intense nouvelle et inhabituelle sans raison évidente</li><li>• Douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles sans raison évidente</li><li>• Tout mal de tête inhabituel (nouveau)</li><li>• Perte d'appétit</li></ul>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Avez-vous un ou l'autre des symptômes suivants :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diarrhée dans les 12 dernières heures</li><li>• Tout mal de gorge sans une autre cause évidente</li></ul>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

## EXPLICATIONS POUR DÉTERMINER SI VOUS RÉPONDEZ À CHACUN DES CRITÈRES

### **Fièvre :**

- Une fièvre intermittente, c'est-à-dire, qui part et revient, ou une mesure unique de la température égale ou supérieure à 38°C prise à la bouche.

### **De la toux :**

- **Toute modification à la toux habituelle**, par exemple son augmentation en fréquence ou l'apparition de crachats, pour de rares personnes qui peuvent présenter de la toux sur une base régulière (ex : fumeurs).

### **De la difficulté à respirer :**

- Toute difficulté à respirer autre que celles qui, chez certaines personnes, sont liées à leur condition qui explique leurs difficultés à respirer, et non à celles de la COVID-19 (ex : asthmatiques).

### **Perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût :**

- Une perte d'odorat avec ou sans perte du goût, isolée ou combinée à d'autres symptômes.

### **Personne à risque de contracter la COVID-19**

- Une personne immunosupprimée (cancer, greffe, VIH ou autre).
- Une personne atteinte d'une maladie chronique (diabète, maladies cardiaques, pulmonaires et rénales).

## DÉCLARATION DU VISITEUR/CLIENT/CAMPEUR

- Je présente un ou plusieurs symptômes associés à la COVID-19.
- Je suis un des contacts d'un cas connu et suivi par la santé publique.
- Je suis une personne à risque de contracter la COVID-19.
- J'ai voyagé à l'extérieur du pays au cours des 14 derniers jours.
- Je certifie que toutes les informations indiquées à ce formulaire sont véridiques.
- Je m'engage à signaler tout symptôme que je pourrais développer pendant la durée de mon séjour, à m'isoler et à suivre les recommandations de la Direction de la santé publique.

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

Nom du visiteur/client/campeur : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Parent ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)