

OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA COVID-19 POUR LES LIEUX DE TRAVAIL

AVEZ-VOUS L'UN OU L'AUTRE DE CES SYMPTÔMES?

* Si un problème de santé existant provoque ces symptômes, répondez NON. Répondez seulement OUI s'il s'agit d'un symptôme nouveau, différent ou qui s'aggrave, ou si le symptôme est inhabituel pour vous.



Fièvre ou frissons



Toux



Difficulté à respirer ou essoufflement



Mal de gorge, difficulté à avaler



Écoulement nasal



Perte de l'odorat ou du goût



Malaise, douleurs musculaires



Nausées, vomissements, diarrhée



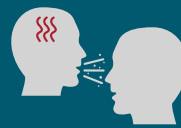
Conjonctivite (œil rouge)



Maux de tête inhabituels



Chutes fréquentes
(personnes âgées)



Dans les 14 derniers jours, avez-vous été identifié comme un « contact étroit » d'une personne atteinte de COVID-19?



Est-ce que vous ou un membre de votre ménage avez voyagé à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours (sauf les personnes exemptées de la quarantaine fédérale)?



Un fournisseur de soins de santé ou un bureau de santé publique vous a-t-il dit que vous devriez en ce moment être en isolement?



Un membre de votre ménage a-t-il, en ce moment, de nouveaux symptômes de la COVID-19 ou attend-il les résultats d'un test subi en raison des symptômes qu'il présentait?



Avez-vous reçu sur votre cellulaire une notification d'exposition de l'application Alerte COVID?

Oui à un symptôme :

Rentrez chez vous et isolez-vous



Subissez le test ou Contactez Télésanté Ontario ou votre fournisseur de soins

Oui à une question :

Rentrez chez vous



Suivez les consignes de santé publique