



# REGISTRE DU PERSONNEL/VISITEUR

## Questionnaire

Nom de l'entreprise :		
Nom du travailleur :	Signature du travailleur :	Téléphone :
Nom d'une personne-ressource en cas d'urgence :		Téléphone :

L'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) évalue le danger associé à la COVID-19 pour la santé publique au Québec. Malgré ceci, nous souhaitons prendre des mesures préventives afin d'assurer la santé et la sécurité de tous les employés et visiteurs, leur entourage ainsi qu'à l'environnement de travail.

Nous vous demandons de répondre à ce questionnaire afin d'évaluer que votre présence est sécuritaire au projet et de remettre ce formulaire au responsable en santé et sécurité du travail (SST) ou au surintendant, si aucun responsable SST n'est affecté sur le chantier.

Toute personne présente au chantier doit remplir le présent formulaire dès son arrivée au chantier. Toutes informations mensongères pourraient vous amener à un avis disciplinaire ou à une dénonciation aux autorités compétentes.

### NOM DU CHANTIER :

**1. Avez-vous voyagé à l'extérieur du PAYS dans les derniers 14 jours?**  Oui  Non

a. Quelle était la date de votre retour? \_\_\_\_\_

b. Lieu de la destination? \_\_\_\_\_

### 2. Avez-vous actuellement les symptômes suivants :

Bloc A : un seul des symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail		Bloc B : une réponse « oui » à au moins deux des symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail	
Avez-vous la sensation d'être fébrile, d'avoir des frissons comme lors d'une grippe ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38 °C (100,4 °F)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous de la toux récente ou empirée depuis peu?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Mal de tête inhabituel?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Perte d'appétit importante?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous en contact avec une personne atteinte de la COVID-19 ou êtes-vous en attente d'un test de dépistage exigé par la Santé publique ou la Santé publique vous a-t-elle demandé de respecter une quarantaine?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nausées (maux de cœur), vomissements ou diarrhée dans les 12 dernières heures?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Mal de gorge sans autre cause évidente?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**3. Avez-vous été exposé à une personne qui constitue un cas confirmé ou probable d'infection par la COVID-19?**  Oui  Non

**RÉSERVÉ (RECOMMANDATION):**  Retrait du chantier  Peut entrer sur le chantier

Si le travailleur ou le visiteur répond « oui » à une des questions ci-dessus, il doit retourner ou rester chez lui. Le travailleur devra rentrer en contact avec la Santé publique au numéro **1 877 644-4545**.

Il devra respecter les consignes de la Santé publique.

Nom du responsable :	Signature :	Date :
----------------------	-------------	--------