

## QUESTIONNAIRE À REMPLIR PAR LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

### Personne

Je remplis ce questionnaire pour quelqu'un d'autre

#### Informations concernant la personne qui répond pour la personne atteinte de la COVID-19 (répondant)

Par rapport à la personne atteinte de la COVID-19, vous êtes (précisez votre relation) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone Adresse courriel du répondant

*Veillez noter que toutes les questions suivantes se rapportent à la personne atteinte de la COVID-19.*

Est-ce que la personne pour qui vous remplissez le questionnaire est décédée?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser la date et le lieu du décès : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_  
Type de milieu (ex.: domicile, CH, CHSLD)

\_\_\_\_\_  
Adresse municipale (n° civique, rue)

\_\_\_\_\_  
Ville Code postal Téléphone Poste

#### Informations concernant la personne atteinte de la COVID-19

**Veillez renseigner les informations concernant la personne atteinte de la COVID-19.**

\_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille

\_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance maladie (NAM) Date de naissance (aaaa/mm/jj) Sexe :  Masculin  Féminin  Autre

Vous identifiez-vous comme autochtone?  Oui  Non  Je préfère ne pas répondre

Si oui, vous identifiez-vous comme (cochez la ou les réponses) :

Premières Nations  Métis  Inuit  Je ne sais pas  Je préfère ne pas répondre

Résidez-vous sur une réserve la plupart du temps?  Oui  Non  Je ne sais pas

**Coordonnées**

Veillez renseigner les coordonnées de la personne atteinte de la COVID-19.

Ma résidence principale est à l'extérieur du Québec

**Type de résidence principale**

Domicile (maison, condo ou appartement)

Sans domicile fixe

Autre hébergement : \_\_\_\_\_  
Type de résidence

Veillez indiquer le nom du milieu au bas de cette section si une des cases suivante est cochée.

Résidence privée pour aînés (RPA)

Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Centre hospitalier (CH)

Ressource intermédiaire (RI)

Ressource de type familial (RTF)

Centre de réadaptation (déficience physique, intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, difficulté d'adaptation)

Hébergement communautaire

Milieu carcéral (prison)

Indiquer le nom du milieu : \_\_\_\_\_  
Nom du milieu

**Adresse principale de résidence (au Québec ou à l'extérieur du Québec)**

\_\_\_\_\_  
Adresse (n° civique, rue) Ville

\_\_\_\_\_  
Code postal Province Pays

**Adresse de suivi, secondaire ou de séjour (ex.: maison de location, résident hors Québec, personne sans domicile fixe, etc.)**

\_\_\_\_\_  
Adresse (no civique, rue) Ville

\_\_\_\_\_  
Code postal Province Pays

Indiquez la période où on peut vous rejoindre à cette adresse. Date début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) Date (aaaa/mm/jj)

**Communications**

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (résidentiel) Numéro de téléphone (cellulaire)

\_\_\_\_\_  
Adresse courriel



## Symptômes

Avez-vous eu un ou plusieurs des symptômes suivants reliés à la COVID-19?      Oui      Non      Je ne sais pas

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| • Fièvre (38°C/100,4°F ou plus)      | • Diarrhée   | • Perte de l'odorat ou du goût           |
| • Frissons                           | • Irritabilité/confusion                               | • Importante perte d'appétit             |
| • Toux                               | • Mal de tête  | • Nez qui coule ou congestionné          |
| • Toux avec crachats (expectoration) | • Fatigue intense                                      | • Essoufflement ou difficulté à respirer |
| • Mal de gorge                       | • Douleur (muscles, poitrine, ventre ou articulations) | • Nausées ou vomissements                |

Si oui, à quelle date ont débuté vos symptômes ? : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj)

## Contacts domiciliaires et contacts très rapprochés

**i** Période : Depuis deux jours avant le début de vos symptômes (si n'avez pas eu de symptômes depuis deux jours avant votre test de dépistage), jusqu'à 10 jours après (dans certains cas, 21 ou 28 jours après).

Identifiez toutes les personnes avec qui vous avez habité ou eu des contacts très rapprochés. Il est important d'identifier toutes ces personnes afin de limiter la transmission de la COVID-19.

Entre le \_\_\_\_\_ et le \_\_\_\_\_, avez-vous :  
Date (aaaa/mm/jj)      Date (aaaa/mm/jj)

- Habité avec des personnes (incluant vos enfants, vos parents, votre conjoint, vos colocataires, etc.)?
  - Eu des relations intimes ou sexuelles avec autrui?
  - Donné ou reçu des soins d'hygiène (ex : prochaine aidant)?
- Oui      Non      Je ne sais pas

### #1 Personne

\_\_\_\_\_  
Prénom      Nom de famille      Date de naissance (facultatif)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (résidentiel)      Numéro de téléphone (cellulaire)      Adresse courriel

Date de premier contact : \_\_\_\_\_      Heure de premier contact : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj)      Heure (00h00)

Date de dernier contact : \_\_\_\_\_      Heure de dernier contact : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj)      Heure (00h00)

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?      Oui      Non      Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

### Quel type de contact avez-vous eu avec la personne?

J'ai habité avec cette personne (ex : enfant, colocataire, conjoint, parent)

J'ai eu des relations intimes ou sexuelles avec cette personne

J'ai donné ou reçu des soins d'hygiène de cette personne (ex : proche aidant)

*Veillez fournir les informations suivantes si vous avez coché « J'ai donné ou reçu des soins d'hygiène de cette personne » à la question ci-haut.*

### À quel endroit a eu lieu votre contact ?

Type d'endroit (voir Annexe 1) : \_\_\_\_\_

Nom de l'endroit : \_\_\_\_\_

Adresse (no civique, rue)		Ville	
Code postal	Province	Pays	
Prénom d'une personne responsable	Nom d'une personne responsable	Numéro de téléphone d'une personne responsable	

**Précisez ce que vous y faisiez :**

J'y travaillais

Précisez votre occupation (si différente de votre occupation principale) : \_\_\_\_\_

J'y recevais des soins d'hygiène

J'y donnais des soins d'hygiène en dehors de mon travail

**#2 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?    Oui    Non    Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

**Quel type de contact avez-vous eu avec la personne?**

J'ai habité avec cette personne (ex : enfant, colocataire, conjoint, parent)

J'ai eu des relations intimes ou sexuelles avec cette personne

J'ai donné ou reçu des soins d'hygiène de cette personne (ex : proche aidant)

*Veillez fournir les informations suivantes si vous avez coché « J'ai donné ou reçu des soins d'hygiène de cette personne » à la question ci-haut.*

**À quel endroit a eu lieu votre contact ?**

Type d'endroit (voir Annexe 1) : \_\_\_\_\_

Nom de l'endroit : \_\_\_\_\_

Adresse (no civique, rue)		Ville	
Code postal	Province	Pays	
Prénom d'une personne responsable	Nom d'une personne responsable	Numéro de téléphone d'une personne responsable	

**Précisez ce que vous y faisiez :**

J'y travaillais

Précisez votre occupation (si différente de votre occupation principale) : \_\_\_\_\_

J'y recevais des soins d'hygiène

J'y donnais des soins d'hygiène en dehors de mon travail

## Endroits fréquentés où vous avez eu des contacts étroits et prolongés

**i** Période : Depuis deux jours avant le début de vos symptômes (si n'avez pas eu de symptômes depuis deux jours avant votre test de dépistage), jusqu'à 10 jours après (dans certains cas, 21 ou 28 jours après).

Entre le \_\_\_\_\_ et le \_\_\_\_\_,  
Date (aaaa/mm/jj) Date (aaaa/mm/jj)

avez-vous fréquentés des endroits où vous avez eu des contacts étroits et prolongés  
 (à moins de 2 mètres ou 6 pieds, pendant plus de 15 minutes, consécutives ou au total)? Oui Non Je ne sais pas

Pensez aux endroits où vous avez :

- dormi hors de votre résidence principale
- travaillé ou étudié en dehors de votre résidence principale
- été un client
- été en visite dans le cadre de vos activités sociales

Inscrivez seulement les endroits où vous étiez avec une ou des personnes qui ne résident pas avec vous.

### #1 Endroit

Type d'endroit (voir Annexe 1) : \_\_\_\_\_

Nom de l'endroit : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Adresse (no civique, rue) Ville

\_\_\_\_\_  
Code postal Province Pays

Date première fréquentation : \_\_\_\_\_ Heure première fréquentation : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) Heure (00h00)

Date dernière fréquentation : \_\_\_\_\_ Heure dernière fréquentation : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) Heure (00h00)

\_\_\_\_\_  
Prénom d'une personne responsable Nom d'une personne responsable Numéro de téléphone d'une personne responsable

Combien de personnes étaient présentes à cet endroit ? : \_\_\_\_\_

#### Précisez le type d'activité :

Type d'activité (voir Annexe 2) : \_\_\_\_\_

Nom de l'activité : \_\_\_\_\_

#### Précisez ce que vous y faisiez (varie selon l'endroit et l'activité) :

J'y habitais      J'y étais en visite (ex. : accompagnateur)      J'y recevais un service, j'étais un client, j'y étudiais, j'y participais, etc.  
 J'y travaillais

↳ Précisez votre occupation (si différente de votre occupation principale) : \_\_\_\_\_

Êtes-vous en mesure d'identifier une ou des personnes avec lesquelles vous avez eu des contacts étroits et prolongés à cet endroit ?

Oui Non Je ne sais pas

↳ Veuillez remplir la section « Personne » à la page suivante si vous avez coché Oui à cette question.

**#1 Personne**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance (facultatif) \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (résidentiel) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (cellulaire) \_\_\_\_\_ Adresse courriel \_\_\_\_\_

Date de dernier contact : \_\_\_\_\_ Heure de dernier contact : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_ Heure (00h00) \_\_\_\_\_

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19? Oui Non Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

**#2 Personne**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance (facultatif) \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (résidentiel) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (cellulaire) \_\_\_\_\_ Adresse courriel \_\_\_\_\_

Date de dernier contact : \_\_\_\_\_ Heure de dernier contact : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_ Heure (00h00) \_\_\_\_\_

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19? Oui Non Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

**#3 Personne**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance (facultatif) \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (résidentiel) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (cellulaire) \_\_\_\_\_ Adresse courriel \_\_\_\_\_

Date de dernier contact : \_\_\_\_\_ Heure de dernier contact : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_ Heure (00h00) \_\_\_\_\_

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19? Oui Non Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

**#2 Endroit**

Type d'endroit (voir Annexe 1) : \_\_\_\_\_

Nom de l'endroit : \_\_\_\_\_

Adresse (no civique, rue) \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Date première fréquentation : \_\_\_\_\_ Heure première fréquentation : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_ Heure (00h00) \_\_\_\_\_

Date dernière fréquentation : \_\_\_\_\_ Heure dernière fréquentation : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_ Heure (00h00) \_\_\_\_\_

Prénom d'une personne responsable	Nom d'une personne responsable	Numéro de téléphone d'une personne responsable
-----------------------------------	--------------------------------	--

Combien de personnes étaient présentes à cet endroit ? : **Précisez le type d'activité :**Type d'activité (voir Annexe 2) : Nom de l'activité : **Précisez ce que vous y faisiez (varie selon l'endroit et l'activité) :**

J'y habitais      J'y étais en visite (ex. : accompagnateur)      J'y recevais un service, j'étais un client, j'y étudiais, j'y participais, etc.  
 J'y travaillais

↳ Précisez votre occupation (si différente de votre occupation principale) : 

Êtes-vous en mesure d'identifier une ou des personnes avec lesquelles vous avez eu des contacts étroits et prolongés à cet endroit ?

Oui      Non      Je ne sais pas

↳ Veuillez remplir la section « Personne » ci-dessous si vous avez coché Oui à cette question.

**#1 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?      Oui      Non      Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.***#2 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?      Oui      Non      Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.***#3 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?      Oui      Non      Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*



## Voyage en avion

**i** Période : Depuis deux jours avant le début de vos symptômes (si n'avez pas eu de symptômes depuis deux jours avant votre test de dépistage), jusqu'à 10 jours après (dans certains cas, 21 ou 28 jours après).

Entre le  et le ,  
Date (aaaa/mm/jj) Date (aaaa/mm/jj)

avez-vous eu un contact étroit et prolongé (à moins de 2 mètres, pendant plus de 15 minutes) dans un vol d'avion?

Oui Non Je ne sais pas

### #1 Avion

Nom de la compagnie aérienne :  Numéro du vol :

Point de départ :    
Ville/Municipalité Pays

Destination :    
Ville/Municipalité Pays

Date de départ :  Heure de départ :   
Date (aaaa/mm/jj) Heure (00h00)

Date d'arrivée :  Heure d'arrivée :   
Date (aaaa/mm/jj) Heure (00h00)

Précisez ce que vous y faisiez :

J'y voyageais

J'y travaillais

↳ Précisez votre occupation (si différente de votre occupation principale) :

Êtes-vous en mesure d'identifier une ou des personnes avec lesquelles vous avez eu des contacts étroits et prolongés à cet endroit ?

Oui Non Je ne sais pas

↳ Veuillez remplir la section « Personne » ci-dessous si vous avez coché Oui à cette question.

### #1 Personne

Prénom Nom de famille Date de naissance (facultatif)

Numéro de téléphone (résidentiel) Numéro de téléphone (cellulaire) Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19? Oui Non Je ne sais pas

Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.

**#2 Personne**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?    Oui    Non    Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

**#3 Personne**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?    Oui    Non    Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

**#4 Personne**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?    Oui    Non    Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

**#2 Avion**

Nom de la compagnie aérienne :     Numéro du vol :

Point de départ :       
Ville/Municipalité    Pays

Destination :       
Ville/Municipalité    Pays

Date de départ :     Heure de départ :   
Date (aaaa/mm/jj)    Heure (00h00)

Date d'arrivée :     Heure d'arrivée :   
Date (aaaa/mm/jj)    Heure (00h00)

**Précisez ce que vous y faisiez :**

J'y voyageais

J'y travaillais

↳ Précisez votre occupation (si différente de votre occupation principale) :

Êtes-vous en mesure d'identifier une ou des personnes avec lesquelles vous avez eu des contacts étroits et prolongés à cet endroit?

Oui    Non    Je ne sais pas

↳ Veuillez remplir la section « Personne » à la page suivante si vous avez coché Oui à cette question.

**#1 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?    Oui    Non    Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

**#2 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?    Oui    Non    Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

**#3 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?    Oui    Non    Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

**#4 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a eu des symptômes de la COVID-19?    Oui    Non    Je ne sais pas

*Si vous êtes en mesure de rejoindre cette personne, vous devez l'aviser dès maintenant qu'elle doit rester en isolement dans son domicile pendant 14 jours suivant son dernier contact avec vous. Par exemple, si vous avez été en contact avec la personne le 15 octobre, elle doit rester en isolement jusqu'au 29 octobre inclusivement.*

## Exposition à une personne atteinte de la COVID-19

**i** Période : Durant les deux semaines avant le début de vos symptômes (si n'avez pas eu de symptômes durant les deux semaines avant votre test de dépistage).

Entre le \_\_\_\_\_ et le \_\_\_\_\_,  
Date (aaaa/mm/jj) Date (aaaa/mm/jj)

avez-vous fréquenté un ou des endroits dans le cadre de vos activités où vous savez qu'il y avait une ou plusieurs personnes atteintes de la COVID-19?

Oui Non Je ne sais pas

### #1 Endroit

Type d'endroit (voir Annexe 1) : \_\_\_\_\_

Nom de l'endroit : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Adresse (no civique, rue) Ville

\_\_\_\_\_  
Code postal Province Pays

Date première fréquentation : \_\_\_\_\_ Heure première fréquentation : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) Heure (00h00)

Date dernière fréquentation : \_\_\_\_\_ Heure dernière fréquentation : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) Heure (00h00)

\_\_\_\_\_  
Prénom d'une personne responsable Nom d'une personne responsable Numéro de téléphone d'une personne responsable

Combien de personnes étaient présentes à cet endroit ? : \_\_\_\_\_

### Précisez le type d'activité :

Type d'activité (voir Annexe 2) : \_\_\_\_\_

Nom de l'activité : \_\_\_\_\_

### Précisez ce que vous y faisiez (varie selon l'endroit et l'activité) :

J'y habitais J'y étais en visite (ex. : accompagnateur) J'y recevais un service, j'étais un client, j'y étudiais, j'y participais, etc.  
J'y travaillais

↳ Précisez votre occupation (si différente de votre occupation principale) : \_\_\_\_\_

Pouvez-vous identifier la ou les personnes atteintes de la COVID-19 qui étaient présentes? Oui Non Je ne sais pas

↳ Veuillez remplir la section « Personne » ci-dessous si vous avez coché Oui à cette question.

### #1 Personne

\_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille Date de naissance (facultatif)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (résidentiel) Numéro de téléphone (cellulaire) Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays? Oui Non Je ne sais pas



**Précisez ce que vous y faisiez (varie selon l'endroit et l'activité) :**

J'y habitais      J'y étais en visite (ex. : accompagnateur)      J'y recevais un service, j'étais un client, j'y étudiais, j'y participais, etc.

J'y travaillais

↳ Précisez votre occupation (si différente de votre occupation principale) : \_\_\_\_\_

Pouvez-vous identifier la ou les personnes atteintes de la COVID-19 qui étaient présentes?      Oui      Non      Je ne sais pas

↳ Veuillez remplir la section « Personne » à la page suivante si vous avez coché Oui à cette question.

**#1 Personne**

\_\_\_\_\_  
Prénom      Nom de famille      Date de naissance (facultatif)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (résidentiel)      Numéro de téléphone (cellulaire)      Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays?      Oui      Non      Je ne sais pas

**#2 Personne**

\_\_\_\_\_  
Prénom      Nom de famille      Date de naissance (facultatif)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (résidentiel)      Numéro de téléphone (cellulaire)      Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays?      Oui      Non      Je ne sais pas

**#3 Personne**

\_\_\_\_\_  
Prénom      Nom de famille      Date de naissance (facultatif)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (résidentiel)      Numéro de téléphone (cellulaire)      Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays?      Oui      Non      Je ne sais pas

**#4 Personne**

\_\_\_\_\_  
Prénom      Nom de famille      Date de naissance (facultatif)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (résidentiel)      Numéro de téléphone (cellulaire)      Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays?      Oui      Non      Je ne sais pas

**#5 Personne**

\_\_\_\_\_  
Prénom      Nom de famille      Date de naissance (facultatif)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (résidentiel)      Numéro de téléphone (cellulaire)      Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays?      Oui      Non      Je ne sais pas

## Exposition à une personne atteinte de la COVID-19 lors d'un voyage en avion

**i** Période : Durant les deux semaines avant le début de vos symptômes (si n'avez pas eu de symptômes durant les deux semaines avant votre test de dépistage)

Entre le \_\_\_\_\_ et le \_\_\_\_\_,  
Date (aaaa/mm/jj) Date (aaaa/mm/jj)

avez-vous été dans un vol d'avion où vous savez qu'il y avait une ou plusieurs personnes atteintes de la COVID-19?

Oui Non Je ne sais pas

### #1 Avion

Nom de la compagnie aérienne : \_\_\_\_\_ Numéro du vol : \_\_\_\_\_

Point de départ : \_\_\_\_\_  
Ville/Municipalité Pays

Destination : \_\_\_\_\_  
Ville/Municipalité Pays

Date de départ : \_\_\_\_\_ Heure de départ : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) Heure (00h00)

Date d'arrivée : \_\_\_\_\_ Heure d'arrivée : \_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj) Heure (00h00)

Précisez ce que vous y faisiez :

J'y voyageais

J'y travaillais

↳ Précisez votre occupation (si différente de votre occupation principale) : \_\_\_\_\_

Pouvez-vous identifier la ou les personnes atteintes de la COVID-19 qui étaient présentes ? Oui Non Je ne sais pas

↳ Veuillez remplir la section « Personne » ci-dessous si vous avez coché Oui à cette question.

### #1 Personne

\_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille Date de naissance (facultatif)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (résidentiel) Numéro de téléphone (cellulaire) Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays ? Oui Non Je ne sais pas

### #2 Personne

\_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille Date de naissance (facultatif)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (résidentiel) Numéro de téléphone (cellulaire) Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays ? Oui Non Je ne sais pas

**#3 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays ?    Oui    Non    Je ne sais pas

**#2 Avion**

Nom de la compagnie aérienne :	Numéro du vol :
Point de départ : Ville/Municipalité	Pays
Destination : Ville/Municipalité	Pays
Date de départ : Date (aaaa/mm/jj)	Heure de départ : Heure (00h00)
Date d'arrivée : Date (aaaa/mm/jj)	Heure d'arrivée : Heure (00h00)

Précisez ce que vous y faisiez :

J'y voyageais

J'y travaillais

↳ Précisez votre occupation (si différente de votre occupation principale) :

Pouvez-vous identifier la ou les personnes atteintes de la COVID-19 qui étaient présentes ?    Oui    Non    Je ne sais pas

↳ Veuillez remplir la section « Personne » ci-dessous si vous avez coché Oui à cette question.

**#1 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays ?    Oui    Non    Je ne sais pas

**#2 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays ?    Oui    Non    Je ne sais pas

**#3 Personne**

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (facultatif)
Numéro de téléphone (résidentiel)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Adresse courriel

Est-ce que cette personne a voyagé hors du pays ?    Oui    Non    Je ne sais pas



## Informations de santé

Avez-vous ou prenez-vous des médicaments pour un problème d'immunodéficience (problème du système immunitaire)?

Oui Non Je ne sais pas

Poids (kg / lbs)  Taille (cm/pieds)

Êtes-vous fumeur?

Oui Non

Avez-vous donné du sang entre aujourd'hui et les 72 heures précédant le début des symptômes (ou votre test de dépistage)?

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous reçu des produits sanguins depuis 14 jours avant le début de vos symptômes (si vous n'avez pas eu de symptômes, depuis 14 jours avant votre test de dépistage)?

Oui Non Je ne sais pas

Êtes-vous enceinte?

Oui Non Je ne sais pas

↳ Si oui, spécifiez la date prévue d'accouchement :   
Date (aaaa/mm/jj)

Avez-vous accouché dans les 6 dernières semaines?

Oui Non

↳ Si oui, spécifiez la date d'accouchement :   
Date (aaaa/mm/jj)

## Autres informations

Avez-vous d'autres informations pertinentes à nous communiquer?

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire.

Nous vous rappelons que vous devez rester en isolement à la maison pendant au moins 10 jours après le début de vos symptômes. Après ces 10 jours, si vous n'avez plus de fièvre depuis au moins 48 heures et que vous êtes rétabli depuis au moins 24 heures, vous pouvez cesser l'isolement. Si vous n'avez jamais eu de symptômes, vous devez demeurer isolé pendant au moins 10 jours à partir de la date de votre test pour la COVID-19. Veuillez noter que les travailleurs de la santé, les personnes immunosupprimées et celles qui ont été hospitalisées pour la COVID-19 doivent rencontrer des critères additionnels qui leurs seront communiqués.

Pour obtenir plus d'informations sur les consignes d'isolement, les symptômes et les traitements dans le contexte de la COVID-19, consultez : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/reponses-questions-coronavirus-covid19/isolement-symptomes-traitements-covid-19/#c52309>.

Pour obtenir plus d'information sur comment vous soigner à la maison, consultez le Guide auto-soins – COVID-19 : [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002491/?&txt=guide %20auto-soins&msss\\_valpub&date=DESC](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002491/?&txt=guide%20auto-soins&msss_valpub&date=DESC)

Si votre état de santé se détériore durant votre isolement à la maison, téléphonez au 811 et informez l'infirmière que vous êtes atteint de la COVID-19.

## Annexe 1 : Liste des types d'endroits

### Services de santé et services sociaux

- Résidence privée pour aînés (RPA)\*
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)\*
- Ressource intermédiaire (RI)\*
- Ressource de type familial (RTF)\*
- Centre de réadaptation (ex. : déficience physique, intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, difficulté d'adaptation)\*
- Centre hospitalier (CH)\*
- Centre local de services communautaires (CLSC) et services de soins à domicile
- Clinique ou cabinet (ex. : médical, dentaire, physiothérapie, optométrie, massothérapie)
- Laboratoire\*
- Centre de dépistage désigné\*
- Autre milieu du réseau de la santé et des services sociaux (non administratif) (ex. : maison de naissance ou maison de soins palliatifs)

### Éducation, petite enfance et camps

- Centre de la petite enfance (CPE) et garderie\*
- Service de garde en milieu familial\*
- Établissement d'enseignement préscolaire et primaire\*
- Établissement d'enseignement secondaire\*
- Établissement d'enseignement collégial ou universitaire\*
- Service de formation professionnelle et de l'éducation des adultes\*
- Camp de jour ou de vacances

### Résidence

- Milieu résidentiel

### Commerces et services accessibles au public

- Autre commerce avec service à la clientèle (ex. : épicerie, quincaillerie, pharmacie, SAQ, SAAQ, banque, etc.)
- Restaurant
- Bar, brasserie, taverne ou casino
- Centre sportif (ex. : salle d'entraînement, gym, studio, aréna)
- Salle d'arts, de spectacles et de loisirs (ex. : cinéma, théâtre, musée, centre d'amusement)
- Service de soins personnels et esthétiques

### Services communautaires

- Refuge et aide pour sans-abri
- Autre service communautaire
- Organisme communautaire (ex. : Maison des jeunes, maison des femmes)

### Moyen de Transport

- Avion

### Autres Milieux

- Milieu carcéral (prison)\*
- Sauna, club échangiste, etc.
- Hébergement touristique (ex. : hôtel, auberge de jeunesse, centre de vacances, camping, gîte)
- Autre milieu habité, fréquenté, visité ou travaillé

\* Des référentiels sont intégrés à TSP pour ces types d'endroits.

**Annexe 2 : Liste des types d'endroits**

- Activité quotidienne (régulière)
- Activité professionnelle (ex. : congrès, séance de travail, formation)
- Activité d'art, de culture et de divertissement (ex. : chant, vernissage, soirée-bénéfice)
- Activité religieuse ou rite de passage (ex. : baptême, mariage, funérailles)
- Loisir, sport d'équipe ou activité physique pratiqué en groupe (ex. : bingo, gymnastique, hockey)
- Activité sociale (ex. : party privé, fête des voisins, souper entre amis ou entre collègues, souper au restaurant, sortie dans un bar, spectateur)
- Autre activité