**GABARIT DE LETTRE AUX PARENTS/TUTEURS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**

|  |
| --- |
| **IMPORTANT :** Concernant les lettres aux parents/tuteurs et aux membres du personnel:* Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n’a pas été confirmé par un test de laboratoire ou par un test antigénique rapide.
* L’accord préalable d’un professionnel de la santé compétent ou de la direction de la santé publique est **OBLIGATOIRE AVANT** que la lettre soit envoyée.
 |

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Service de garde ou école: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objet: COVID-19**

Chers parents/tuteurs,

Chers membres du personnel,

Des personnes du service de garde ou de l’école ont reçu un diagnostic confirmé de COVID-19.

Les personnes infectées n’ont parfois aucun symptôme, mais peuvent présenter de la fièvre, une toux (nouvelle ou aggravée), un mal de gorge, de la congestion et/ou un écoulement nasal, une difficulté respiratoire (essoufflement), une perte soudaine de l’odorat, une perte de goût, des maux de tête, une fatigue intense, des douleurs musculaires généralisées non liées à un effort physique, des nausées ou vomissements, des douleurs abdominales et des diarrhées.

Un des moyens d’éviter les complications de la COVID-19 est de se faire vacciner contre la COVID-19, selon les recommandations en vigueur. Cela est particulièrement important pour les personnes qui ont plus de risques d’être hospitalisées suite à la COVID-19. Consultez le site [Vaccination contre la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca)](https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/vaccin-contre-la-covid-19) pour connaître la liste de ces personnes et pour plus d’informations. De plus, veuillez consulter les [Gestes pour limiter la transmission des maladies respiratoires infectieuses | Québec.ca](https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/gestes-limiter-transmission-maladies-respiratoires-infectieuses). Les personnes à risque de complications et qui présentent des symptômes devraient consulter un médecin, un(e) infirmier(ère) praticien(ne) ou un pharmacien.

Merci de votre collaboration

**À CONSERVER POUR VOS DOSSIERS CONCERNANT L’ENVOI DE CETTE LETTRE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Nom de l’établissement contacté**:** |  |  |  |
| Nom et titre du professionnel de la santé autorisant l’envoi de la lettre : |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nom : |  |  |  |
| Titre :  |  |  |  |
| Téléphone/Teams : |  |  |  |
| Date de l’autorisation : |  |  |  |
|  |  |  |  |