



Mesures préventives chantiers – COVID-19

Questionnaire d'accueil journalier

Nom de l'entreprise : _____

Nom du travailleur : _____

Signature du travailleur : _____

Téléphone: _____

Nom d'une personne-ressource en cas d'urgence : _____

Téléphone: _____

SVP, répondre à ce questionnaire simplifié quotidiennement afin d'évaluer que votre présence est sécuritaire

Pour la semaine du : _____

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
1. Un seul des symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail						
Avez-vous la sensation d'être fiévreux, 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) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous de la toux récente ou empirée depuis peu ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
2. Une réponse « oui » à au moins deux des symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail						
Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Mal de tête inhabituel	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Perte d'appétit importante	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Nausées (maux de cœur), vomissements ou diarrhée dans les 12 dernières heures	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Mal de gorge sans autre cause évidente	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Je m'engage à prendre les mesures nécessaires pour protéger ma santé, ma sécurité et celles de mes collègues de travail. De plus, je m'engage à respecter les lignes directrices émises dans la CNESST-COVID-19 – Chantiers de construction.

NOM EN LETTRES MOULÉES

Signature: _____

Date : _____

Note à l'employeur :

Pour sa propre santé et la sécurité de ses collègues de travail, si le travailleur a répondu oui à l'une des questions, le travailleur doit retourner à la maison et composer le 1 877 644-4545 pour obtenir la marche à suivre ou le 811.

Les réponses à ces questions sont des renseignements de nature confidentielle et l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour s'assurer

de la protection de la confidentialité de ces renseignements.