

DÉCLARATION SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Ce questionnaire vise à minimiser les risques liés à la COVID-19 et à toute propagation du virus. Il doit obligatoirement être rempli par l'ensemble des candidates et candidats à l'examen professionnel.

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Au cours des 14 derniers jours , est-ce que la Direction de la santé publique vous a demandé de respecter un isolement préventif ou une quarantaine jusqu'à l'obtention d'un résultat négatif de dépistage de la COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Au cours des 14 derniers jours , est-ce que votre employeur vous a demandé de respecter un isolement préventif jusqu'à l'obtention d'un résultat négatif de dépistage de la COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Présentez-vous des symptômes de la COVID-19? | | |
| Fièvre ($\geq 38,1$ °C) | <input type="checkbox"/> | |
| Toux récente ou aggravation d'une toux chronique | <input type="checkbox"/> | |
| Difficulté respiratoire, essoufflement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mal de gorge | <input type="checkbox"/> | |
| Perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Est-ce que vous présentez deux des symptômes suivants : | | |
| Grande fatigue | <input type="checkbox"/> | |
| Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique) | <input type="checkbox"/> | |
| Mal de tête | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perte d'appétit importante | <input type="checkbox"/> | |
| Nausées ou vomissements | <input type="checkbox"/> | |
| Diarrhées | <input type="checkbox"/> | |
| Mal de ventre | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Avez-vous reçu un test positif à la COVID-19 au cours des 10 derniers jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je _____, dont la date de naissance est le _____, déclare que mes réponses sont véridiques.

Date : _____ Signature : _____

Lieu de l'examen : _____

Les renseignements recueillis dans cette déclaration sont confidentiels et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) s'engage à prendre les mesures nécessaires pour en assurer la protection. L'OIIQ communiquera aux établissements concernés uniquement la liste des noms des candidates et candidats qui auront eu accès à leur établissement pour l'examen professionnel. Toutefois, advenant une enquête de la Direction de la santé publique, les renseignements recueillis pourront être communiqués aux autorités compétentes à leur demande.