

DÉCLARATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Ce questionnaire vise à réduire 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. Avez-vous voyagé à l'étranger au cours des 14 derniers jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Au cours des 14 derniers jours , avez-vous été en contact étroit avec une personne infectée ou présentant des symptômes de la COVID-19 <u>sans que vous ayez porté d'équipement de protection individuelle (EPI) adéquat</u> ? (Un contact étroit est une présence de plus de 15 minutes et à moins de 2 mètres dans le même environnement qu'une personne infectée ou symptomatique.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Présentez-vous des symptômes de la COVID-19? | | |
| Fièvre ($\geq 38,1$ °C) ou frissons | <input type="checkbox"/> | |
| Toux récente ou aggravée depuis peu de temps | <input type="checkbox"/> | |
| Difficulté respiratoire, essoufflement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mal de gorge | <input type="checkbox"/> | |
| Nez qui coule ou congestion nasale de cause inconnue | <input type="checkbox"/> | |
| Perte soudaine d'odorat sans congestion nasale et/ou de goût | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Est-ce que vous présentez deux des symptômes suivants : | | |
| Fatigue intense inhabituelle et sans raison évidente | <input type="checkbox"/> | |
| Douleurs musculaires généralisées ou courbatures inhabituelles | <input type="checkbox"/> | |
| Mal de tête inhabituel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perte d'appétit importante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nausée ou vomissement | <input type="checkbox"/> | |
| Diarrhée | <input type="checkbox"/> | |
| Mal de ventre | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Est-ce que votre employeur ou la Direction de la santé publique 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"/> |
| 6. Avez-vous reçu un test positif à la COVID-19 au cours des 14 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, si une enquête de la Direction de la santé publique avait lieu, les renseignements recueillis pourront être communiqués aux autorités compétentes à leur demande.