

## DÉCLARATION DE 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. Avez-vous voyagé à l'étranger au cours des <b>14 derniers jours</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Au cours des <b>10 derniers jours</b> , 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Présentez-vous des symptômes de la COVID-19?   |                          |                          |                          |
| Fièvre ( $\geq 38$ °C) ou frissons  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Toux  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté respiratoire, essoufflement  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Perte d'odorat sans congestion nasale et/ou de goût   | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| 4. Est-ce que vous présentez <b>deux des trois</b> groupes de symptômes suivants :  |                          |                          |                          |
| Fatigue intense, courbatures, mal de tête ou perte d'appétit inhabituelle et sans raison évidente   | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Nausées, vomissement ou diarrhée dans les 12 dernières heures   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mal de gorge sans autre cause évidente  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| 5. Au cours des <b>10 derniers jours</b> , est-ce que votre employeur ou la Direction de la santé publique vous a demandé de respecter un isolement préventif de 14 jours ou jusqu'à l'obtention d'un résultat négatif de dépistage de la COVID-19?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous reçu un test positif à la COVID-19 au cours des <b>10 derniers jours</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <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.