



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 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 (≥ 38 °C) ou frissons	<input type="checkbox"/>	
Toux récente ou empirée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté respiratoire, essoufflement	<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 ou courbatures inhabituelles	<input type="checkbox"/>	
Mal de tête inhabituel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'appétit importante	<input type="checkbox"/>	
Nausée, vomissement ou diarrhée dans les 12 dernières heures	<input type="checkbox"/>	
Mal de gorge sans autre cause évidente	<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, advenant une enquête de la Direction de la santé publique, les renseignements recueillis pourront être communiqués aux autorités compétentes à leur demande.