



ASSOCIATION DE LA
CONSTRUCTION DU QUÉBEC

ATELIERS ET USINES DE FABRICATION

REGISTRE DU PERSONNEL / VISITEUR

Questionnaire

L'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) évalue le danger associé à la COVID-19 pour la santé publique au Québec. Malgré ceci, nous souhaitons prendre des mesures préventives afin d'assurer la santé et la sécurité de tous les employés et visiteurs, leur entourage ainsi qu'à l'environnement de travail.

Nous vous demandons de répondre à ce questionnaire afin d'évaluer que votre présence est sécuritaire au projet et de remettre ce formulaire au responsable en santé et sécurité du travail (SST) ou au surintendant, si aucun responsable SST n'est affecté à l'établissement-atelier.

Toute personne présente à l'établissement-atelier doit remplir le présent formulaire dès son arrivée à l'établissement-atelier. Toutes informations mensongères pourraient vous amener à un avis disciplinaire ou à une dénonciation aux autorités compétentes.

Nom de l'entreprise :		
Nom du travailleur :	Signature du travailleur :	Téléphone :
Nom d'une personne-ressource en cas d'urgence :		Téléphone :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

1. Avez-vous actuellement les symptômes suivants :

Bloc A : un seul des symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail		Bloc B : une réponse « oui » à au moins deux 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 38,1 °C (100,6 °F) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous des maux de ventre ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous de la toux récente ou une toux chronique aggravée depuis peu ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous des nausées (maux de cœur) ou vomissements ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous la diarrhée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un mal de gorge ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous une perte d'appétit importante ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale (nez bouché), avec ou sans perte de goût ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Éprouvez-vous une fatigue intense inhabituelle sans raison évidente ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Avez-vous le nez qui coule ou une congestion nasale (nez bouché) de cause inconnue ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Souffrez-vous d'un mal de tête inhabituel ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

RÉSERVÉ (RECOMMANDATION) : Retrait autorisé Retour autorisé

Si le travailleur ou le visiteur répond « oui » à une des questions ci-dessus, il doit retourner ou rester chez lui. Le travailleur devra rentrer en contact avec la Santé publique au numéro 1 877 644-4545. Il devra respecter les consignes de la Santé publique.

Nom du responsable :	Signature :	Date :
----------------------	-------------	--------