#

# SURVEILLANCE DE SYMPTÔMES DU COVID-19

**Informations sur cette infection**

Les principaux symptômes du coronavirus (COVID-19) sont de la fièvre, de la toux et dans certains cas des difficultés respiratoires. Les symptômes peuvent être légers (similaire à un rhume) ou plus sévères (tels que ceux associés à la pneumonie).

Les coronavirus se transmettent par une personne infectée des façons suivantes :

* gouttelettes respiratoires générées lors de toux ou éternuements;
* contact direct (ex. poignée de main avec cette personne);
* contact avec des surfaces contaminées par les sécrétions respiratoires de la personne malade.

**Surveillance des symptômes**

Le service de santé vous a demandé de surveiller votre état de santé pendant 14 jours.

Durant cette période :

* Surveiller particulièrement la présence de fièvre (à partir de 38,0 °C ou 100,4 °F buccal), toux ou difficultés respiratoires.
* Prendre votre température deux fois par jour, idéalement à la même heure, en début de journée et en fin de journée. Si vous prenez un médicament qui peut faire baisser la fièvre, attendez au moins quatre heures avant de prendre votre température.
* Noter votre température et les autres symptômes, s’il y a lieu, dans la grille au verso.

**Assurez-vous de ne pas être symptomatique avant de vous présenter lors de votre retour prévu au travail.**

**Si vous développez des symptômes, même légers** (fièvre, toux ou difficulté respiratoire, mal de gorge, etc.), vous devez immédiatement aviser le service de santé aux coordonnées ci-dessous, afin que des recommandations soient émises selon votre condition et votre contexte.

**Pour toutes questions concernant la présente situation, ou pour signifier la présence de symptômes nécessitant un suivi immédiat :**

Coordonnées du service de la gestion de la santé et sécurité au travail

Adresse courriel info-covid-19: rhinfocovid19.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca

Ligne téléphonique info-covid-19 dédiée : 450 928-5115

**Tableau de surveillance des symptômes 14 jours**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Heure** | **T⁰** | **Toux****(oui / non)** | **Difficultés respiratoires****(oui / non)** | **Autres symptômes****(description)** |
| Jour 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 3 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 4 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 5 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 6 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 7 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 8 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 9 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 10 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 11 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 12 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 13 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Jour 14 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |