

PROTÉGÉ A (une fois rempli)

Outil d'auto-évaluation de la COVID-19 pour les employés et les visiteurs essentiels

Avis de confidentialité

Les renseignements personnels sont recueillis conformément à la partie II du *Code canadien du travail* et à la partie XV du *Règlement canadien sur la santé et la sécurité au travail*. Ils servent à administrer les activités relatives à la santé et la sécurité au travail, notamment les accidents de travail, les maladies professionnelles et, le cas échéant, la tenue d'enquêtes lorsque de tels accidents et maladies se produisent.

Les renseignements personnels sont protégés, et ne peuvent être utilisés et divulgués qu'en vertu des dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et tel qu'il est décrit dans le fichier de renseignements personnels *Santé et sécurité au travail – POE 907*. En vertu de la *Loi*, les particuliers ont le droit d'accéder à leurs renseignements personnels et celui de les corriger, ainsi que de déposer une plainte au commissaire à la protection de la vie privée du Canada concernant le traitement des renseignements personnels par l'établissement.

Si vous désirez obtenir des précisions concernant cet énoncé, veuillez communiquer avec le coordonnateur de la protection des renseignements personnels des Services de bien-être et moral des Forces canadiennes à l'adresse ATIP.AIPRP@sbmfc.com. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, veuillez consulter le [Commissariat à la protection de la vie privée du Canada](#).

Les renseignements **doivent être conservés par le gestionnaire ou surveillant pendant au moins 60 jours**, puis détruits à moins que les autorités de la santé publique aient demandé à les obtenir. **Ils doivent être gardés en lieu sûr et dûment éliminés de manière à protéger les renseignements sur les clients et les employés.** Afin de réduire les risques que les employés des SBMFC soient exposés à la COVID-19, les bénévoles et les visiteurs essentiels doivent répondre aux questions d'auto-évaluation suivantes :

1. Avez-vous l'un des symptômes ou signes nouveaux ou aggravés suivants? Les symptômes ne doivent pas être chroniques ni liés à d'autres causes ou affections connues.

Fièvre ou frissons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Difficulté à respirer ou essoufflement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Toux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mal de gorge, difficulté à avaler	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Écoulement nasal ou congestion nasale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Baisse ou perte de l'odorat ou du goût	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Malaise généralisé, fatigue extrême, muscles endoloris	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chutes fréquentes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Conjonctivites qui ne sont pas associées à une autre maladie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

2. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours? Oui Non
3. Avez-vous été en contact étroit* avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19? Oui Non
4. Avez-vous consulté un médecin, fournisseur de soins de santé ou bureau de santé publique qui vous a dit de vous isoler (rester à la maison) Oui Non
5. Avez-vous reçu, au cours des 14 derniers jours, notification d'exposition envoyée par l'application Alerte COVID sur votre cellulaire. Oui Non

* *Contact étroit* : S'approcher à moins de 2 mètres (6 pieds) d'une personne qui a obtenu un résultat positif ou qui est considérée comme un cas probable, pendant plus de 15 minutes.

- Si vous avez répondu **NON à toutes les questions de 1 à 3**, vous avez réussi le test d'auto-évaluation et pouvez entrer dans le lieu de travail.
- Si vous avez répondu **OUI à une des questions de 1 à 3**, vous n'avez pas réussi le test d'auto-évaluation et ne devez pas entrer dans le lieu de travail des SBMFC (y compris les lieux de travail à l'extérieur ou partiellement à l'extérieur). **Si vous êtes un employé des SBMFC, vous devez communiquer avec votre gestionnaire ou surveillant immédiatement.** Vous devez porter un masque non médical, retourner à la maison pour vous isoler immédiatement (en évitant de prendre le transport en commun) et communiquer avec votre fournisseur de soins de santé ou le bureau local de santé publique pour savoir si vous devez vous soumettre à un test de dépistage de la COVID-19. Si vous ne pouvez pas quitter immédiatement le lieu de travail, vous devez vous isoler jusqu'à ce que vous puissiez partir.

J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements transmis sont exacts.

Nom de la personne :

Numéro de téléphone :

Signature : _____

Date : _____