

SAG OU GRIPPE

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DES SYMPTÔMES DE SAG OU GRIPPE POUR LES EMPLOYÉS

Nom : _____

N° d'employé(e) : _____

Téléphone : _____

Port d'attache : _____

Unité : _____

Nom du gestionnaire : _____

SECTION RÉSERVÉE À L'EMPLOYÉ(E) :

QUELS ONT ÉTÉ VOS SYMPTÔMES ?	OUI	NON
Apparition soudaine de fièvre (supérieure à 38°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparition soudaine de toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date du début des symptômes : ____ / ____ / ____ Date de fin des symptômes : ____ / ____ / ____

Dates d'absence du travail : ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

Avez-vous été consulté ? Oui Non Joindre le billet médical, s'il y a lieu.

Avez-vous eu des contacts étroits avec une personne présentant des symptômes de grippe ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui, lien à préciser : Famille Usager Collègue

S'il y a un lien avec le travail, veuillez préciser :

- le site : _____
- l'unité de travail : _____
- le numéro de chambre : _____
- la date de contact : _____

AVEZ-VOUS ÉTÉ VACCINÉ(E) CONTRE L'INFLUENZA POUR L'ANNÉE 2016-2017 ? Oui Non

AUTRES COMMENTAIRES :

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : _____ DATE : ____ / ____ / ____

SECTION RÉSERVÉE AU GESTIONNAIRE :

Avez-vous eu une écloison confirmée par la PCI pour la période identifiée : Oui Non

Avez-vous eu un cas isolé porteur de gastro-entérite ? : Oui Non

Est-ce que l'employé a travaillé sur cette unité lors de l'écloison ? : Oui Non

SIGNATURE DU GESTIONNAIRE : _____ DATE : ____ / ____ / ____

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE À L'IUSMQ AU LOCAL G-6200
FAX : 418-691-0727
COURRIEL : absence.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

SECTION RÉSERVÉE À LA GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL :

SIGNATURE : _____ DATE : ____ / ____ / ____