

## GASTRO-ENTÉRITE

### FORMULAIRE DE DÉCLARATION DES SYMPTÔMES DE GASTRO-ENTÉRITE 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
Avez-vous présenté des vomissements ? Si oui, nombre de fois : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous présenté de la diarrhée ? Si oui, nombre de fois : _____	<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 d'autres symptômes ? :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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 : \_\_\_\_\_

AUTRES COMMENTAIRES :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### SECTION RÉSERVÉE AU GESTIONNAIRE :

Avez-vous eu une éclosion 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'éclosion ? : 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](mailto:absence.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)

#### SECTION RÉSERVÉE À LA GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_