



Questionnaire pour l'occupant des lieux:

1. Est-ce que vous ou un membre de votre foyer présentez des symptômes de toux, de fièvre ou des difficultés respiratoires?
2. Est-ce que vous ou quelqu'un d'autre dans votre foyer ressentez des frissons, de la fatigue, des maux de tête, des maux de gorge, un écoulement nasal, une perte de l'odorat ou du goût, des nausées, des vomissements, des maux d'estomac ou de la diarrhée?
3. Avez-vous été en contact étroit avec une personne ayant été confirmée positive à la Covid-19?
4. Avez-vous été testé pour la Covid-19?
5. Est-ce que vous ou un de vos proches avez voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?
6. Est-ce que vous et tous les autres membres de votre foyer qui sont éligibles à la vaccination, avez été complètement vaccinés?

Note à l'évaluateur: Ce questionnaire est conçu pour votre protection personnelle et la protection de ceux avec qui vous entrez en contact.

Les réponses que vous obtenez sont considérées comme des informations confidentielles et ne doivent être utilisées qu'aux fins prévues et mentionnées.