

COVID-19

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES SALARIÉS

Nom et prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____

Ce questionnaire est destiné à la lutte contre l'épidémie du COVID 19 et sera conservé par l'entreprise uniquement pour répondre aux exigences sanitaires. Il sera tenu à la disposition des autorités sanitaires si besoin, puis il sera détruit 14 jours après sa date de signature.

- J'en ai parfaitement compris la teneur et la destination et j'accepte cette disposition exceptionnelle.**
- J'en ai parfaitement compris la teneur et la destination mais je refuse d'y répondre.**

Je certifie ne présenter aucun des symptômes d'infection au COVID 19 et qui figurent dans la liste suivante :

- fièvre,
- courbatures,
- toux ou une augmentation de votre toux habituelle,
- une forte diminution ou une perte de votre goût ou de votre odorat,
- un mal de gorge,
- des diarrhées,
- une fatigue inhabituelle,
- un manque de souffle inhabituel.



La présence d'un ou surtout de plusieurs de ces symptômes constitue une alerte.

S'il est à son domicile, le salarié ne doit pas se rendre sur son lieu de travail et doit rapidement contacter par téléphone son médecin traitant ou appeler le numéro de permanence de soins de sa région. Il peut également bénéficier d'une téléconsultation. Si les symptômes s'aggravent avec des difficultés respiratoires et des signes d'étouffement, il convient d'appeler le SAMU-Centre 15. Il doit ensuite prévenir son employeur.

S'il est à son poste de travail, le salarié doit immédiatement prévenir son employeur qui le guidera dans les démarches à accomplir afin de se mettre en sécurité et de protéger les autres personnes présentes dans l'établissement.

Fait à _____ Le _____

Signature