**Maison CALM - Évaluation des facteurs de risque**

Nom : 

Date : 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Questions** | **Oui** | **Non** |
| Avez-vous voyagé à l’extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours ? |  |  |
| Avez-vous reçu un diagnostic positif de la COVID-19 ou êtes-vous en attente d’un résultat d’un test pour la COVID-19 ? |  |  |
| Avez-vous été en contact, il y a moins de 14 jours et pendant au moins 15 minutes, à moins de deux mètres de distance avec une personne ayant reçu un diagnostic de la COVID-19 ? |  |  |
| Avez-vous des symptômes reliés à la COVID – 19 |
|  Apparition ou aggravation de toux ? |  |  |
|  Température égale ou supérieure à 38 0C ? |  |  |
|  Sensation de fièvre ? |  |  |
|  Frissons ? |  |  |
|  Fatigue ou faiblesse ? |  |  |
|  Douleurs musculaires ou courbatures ? |  |  |
|  Essoufflement ou difficultés respiratoires ? |  |  |
|  Perte de l’odorat ou du goût (sans congestion nasale et avec ou sans perte du goût) ? |  |  |
|  Mal de tête ? |  |  |
|  Malaises intenses ? |  |  |
|  Symptômes gastro-intestinaux (douleur abdominale, diarrhée, vomissements) ? |  |  |
| Est-ce que votre enfant a des symptômes reliés à la COVID-19 ? (Chez les enfants, on signale le plus souvent des symptômes abdominaux, ainsi que des éruptions ou des changements cutanés. |  |  |
| Est-ce que votre enfant comporte des facteurs de vulnérabilités à la COVID-19 (maladies respiratoires) ? |  |  |
| D’ici votre droit d’accès, serez-vous en mesure de nous contacter si vos réponses doivent être modifiées ? |  |  |

Veuillez retourner le formulaire 24 à 48 heures avant votre accès à la Maison CALM à l’adresse courriel : info@maisoncalm.org. Prenez note que votre droit d’accès pourra être annulé si nous ne recevons pas ce formulaire compléter dans les délais prescrits.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent