



# JOURNAL DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

## Instructions

Dans le cadre de la présente crise sanitaire, nous vous invitons à remplir le présent formulaire afin de noter les situations où vous avez pu être exposé à une contamination dans le cadre de vos fonctions. Les détails notés permettront à départager le rôle de votre vie personnelle des événements du travail si vous êtes éventuellement atteint du COVID-19.

## Informations générales

Nom, prénom	
Poste occupé	
Lieu d'affectation	

## Informations personnelles

### Période du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2020

Depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2020, avez-vous voyagé à l'extérieur du pays ?	Oui Non	Si oui, indiquez le pays visité et les dates de séjour.
Depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2020, habitez-vous avec une personne qui a voyagé à l'extérieur du pays depuis cette date ?	Oui Non	Si oui, indiquez le pays visité par cette personne les dates de séjour.
Depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2020, avez-vous, à l'extérieur du travail, été en contact avec une personne qui a reçu un diagnostic confirmé de COVID-19 ?	Oui Non	Si oui, à quelle date ?
Si vous avez répondu oui à l'une des questions précédentes, avez-vous observé une quarantaine de 14 jours suivant le retour de votre voyage ou celui de la personne avec qui vous habitez ?	Oui Non	Précisez :
Depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2020, souffrez-vous ou avez-vous souffert de symptômes associés au COVID-19, soit fièvre, toux, difficultés respiratoires ?	Oui Non	Précisez :
Depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2020, est-ce qu'une personne avec qui vous habitez souffre ou a souffert de symptômes associés au COVID-19, soit fièvre, toux, difficultés respiratoires ?	Oui Non	Précisez :

**Informations relatives aux activités quotidiennes depuis le début de la crise**

SEMAINE DU : \_\_\_\_\_

<p>Si vous avez fréquenté un lieu public cette semaine, telles qu'une pharmacie ou une épicerie, veuillez préciser le nom de l'établissement et les journées de fréquentation.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>Si vous avez utilisé un mode de transport collectif cette semaine, veuillez préciser le transport utilisé et les journées d'utilisation.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>En dehors de l'exercice de vos fonctions, indiquez les journées de cette semaine où vous avez été en contact avec une personne ou un membre de votre famille présentant un ou des symptômes associés au COVID-19, tels que la fièvre, toux, difficultés respiratoires. Précisez le nom de la personne symptomatique, si connu.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>En dehors de l'exercice de vos fonctions, indiquez les journées de cette semaine où vous avez été en contact avec une personne ou un membre de votre famille revenant de l'étranger. Veuillez également indiquer le pays visité et le nom de la personne avec qui vous avez été en contact, si connus.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>Dans le cadre de votre travail, si vous avez été en contact avec une personne symptomatique, portez-vous un équipement de protection, tels qu'un masque régulier, un masque N95, des lunettes et/ou une paire de gants lors du contact avec la personne symptomatique ?</p>	<p>Oui Non</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>Indiquez les journées où vous ne portiez pas d'équipement de protection lors d'un contact avec une personne symptomatique dans le cadre de votre travail.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>

SEMAINE DU : \_\_\_\_\_

<p>Si vous avez fréquenté un lieu public cette semaine, telles qu'une pharmacie ou une épicerie, veuillez préciser le nom de l'établissement et les journées de fréquentation.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>Si vous avez utilisé un mode de transport collectif cette semaine, veuillez préciser le transport utilisé et les journées d'utilisation.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>En dehors de l'exercice de vos fonctions, indiquez les journées de cette semaine où vous avez été en contact avec une personne ou un membre de votre famille présentant un ou des symptômes associés au COVID-19, tels que la fièvre, toux, difficultés respiratoires. Précisez le nom de la personne symptomatique, si connu.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>En dehors de l'exercice de vos fonctions, indiquez les journées de cette semaine où vous avez été en contact avec une personne ou un membre de votre famille revenant de l'étranger. Veuillez également indiquer le pays visité et le nom de la personne avec qui vous avez été en contact, si connus.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>Dans le cadre de votre travail, si vous avez été en contact avec une personne symptomatique, portez-vous un équipement de protection, tels qu'un masque régulier, un masque N95, des lunettes et/ou une paire de gants lors du contact avec la personne symptomatique ?</p>	<p>Oui Non</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>Indiquez les journées où vous ne portiez pas d'équipement de protection lors d'un contact avec une personne symptomatique dans le cadre de votre travail.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>

SEMAINE DU : \_\_\_\_\_

<p>Si vous avez fréquenté un lieu public cette semaine, telles qu'une pharmacie ou une épicerie, veuillez préciser le nom de l'établissement et les journées de fréquentation.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>Si vous avez utilisé un mode de transport collectif cette semaine, veuillez préciser le transport utilisé et les journées d'utilisation.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>En dehors de l'exercice de vos fonctions, indiquez les journées de cette semaine où vous avez été en contact avec une personne ou un membre de votre famille présentant un ou des symptômes associés au COVID-19, tels que la fièvre, toux, difficultés respiratoires. Précisez le nom de la personne symptomatique, si connu.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>En dehors de l'exercice de vos fonctions, indiquez les journées de cette semaine où vous avez été en contact avec une personne ou un membre de votre famille revenant de l'étranger. Veuillez également indiquer le pays visité et le nom de la personne avec qui vous avez été en contact, si connus.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>Dans le cadre de votre travail, si vous avez été en contact avec une personne symptomatique, portez-vous un équipement de protection, tels qu'un masque régulier, un masque N95, des lunettes et/ou une paire de gants lors du contact avec la personne symptomatique ?</p>	<p>Oui Non</p>	<p>Commentaires :</p>
<p>Indiquez les journées où vous ne portiez pas d'équipement de protection lors d'un contact avec une personne symptomatique dans le cadre de votre travail.</p>	<p>L M M J V S D</p>	<p>Commentaires :</p>

SEMAINE DU : \_\_\_\_\_

Si vous avez fréquenté un lieu public cette semaine, telles qu'une pharmacie ou une épicerie, veuillez préciser le nom de l'établissement et les journées de fréquentation.	L M M J V S D	Commentaires :
Si vous avez utilisé un mode de transport collectif cette semaine, veuillez préciser le transport utilisé et les journées d'utilisation.	L M M J V S D	Commentaires :
En dehors de l'exercice de vos fonctions, indiquez les journées de cette semaine où vous avez été en contact avec une personne ou un membre de votre famille présentant un ou des symptômes associés au COVID-19, tels que la fièvre, toux, difficultés respiratoires. Précisez le nom de la personne symptomatique, si connu.	L M M J V S D	Commentaires :
En dehors de l'exercice de vos fonctions, indiquez les journées de cette semaine où vous avez été en contact avec une personne ou un membre de votre famille revenant de l'étranger. Veuillez également indiquer le pays visité et le nom de la personne avec qui vous avez été en contact, si connus.	L M M J V S D	Commentaires :
Dans le cadre de votre travail, si vous avez été en contact avec une personne symptomatique, portez-vous un équipement de protection, tels qu'un masque régulier, un masque N95, des lunettes et/ou une paire de gants lors du contact avec la personne symptomatique ?	Oui Non	Commentaires :
Indiquez les journées où vous ne portiez pas d'équipement de protection lors d'un contact avec une personne symptomatique dans le cadre de votre travail.	L M M J V S D	Commentaires :

Signature	
	<i>Signature de la personne expédiant ce formulaire</i>
Date de la signature	

JJ/MM/AAAA