

Outil de dépistage de la COVID-19 pour les écoles et les services de garde d'enfants

2^e version : 1^{er} octobre 2020

Les enfants doivent faire un dépistage de la COVID-19 tous les jours avant de se rendre à l'école ou aux services de garde d'enfants. Le père, la mère ou le tuteur peut remplir le formulaire au nom de l'enfant.

Questions de dépistage (inscrire un « X » dans la colonne appropriée)

1. Votre enfant présente-t-il l'un des symptômes suivants (**nouveau ou qui s'aggrave**)? Les symptômes ne doivent être ni chroniques ni liés à d'autres causes ou problèmes de santé connus.

Fièvre ou frissons (température de 37,8 °C [100,0 °F] ou plus)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Toux (plus intense que d'habitude si la toux est chronique), y compris le croup (toux aboyante, respiration sifflante) Non liée à d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme ou affection respiratoire réactionnelle)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Essoufflement (dyspnée, souffle court, incapacité de respirer profondément, respiration sifflante pire que d'habitude en cas d'essoufflement chronique) Non lié à d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diminution ou perte de l'odorat ou du goût (nouveau trouble olfactif ou gustatif) Non liée à d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., polypes nasaux, allergies, troubles neurologiques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

2. Votre enfant présente-t-il l'un des symptômes suivants (**nouveau ou qui s'aggrave**)? Les symptômes ne doivent être ni chroniques ou ni liés à d'autres causes ou problèmes de santé connus.

Mal de gorge (déglutition douloureuse ou difficulté à avaler) Non lié à d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., rhinopharyngite, reflux gastro-œsophagien)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Écoulement nasal ou congestion nasale (nez bouché ou rhinorrhée) Non lié à d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., allergies saisonnières, retour au chaud après l'exposition au froid, sinusite chronique inchangée par rapport à l'état de santé de référence, affection respiratoire réactionnelle)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux de tête qui sont nouveaux et persistants, inhabituels, inexpliqués ou de longue durée Non liés à d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., céphalées de tension, migraines chroniques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nausée, vomissements ou diarrhée Non liés à d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., vomissements transitoires dus à l'anxiété chez les enfants, au dysfonctionnement vestibulaire chronique, au syndrome du côlon irritable, à la maladie inflammatoire chronique de l'intestin, aux effets secondaires des médicaments)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fatigue, léthargie, douleurs musculaires ou malaise (sensation générale de malaise, manque d'énergie, fatigue extrême, difficulté d'alimentation chez les nourrissons) qui sont inhabituels ou inexpliqués Non liés à d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., dépression, insomnie, dysfonctionnement thyroïdien, anémie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

3. Votre enfant a-t-il voyagé à l'étranger au cours des 14 derniers jours?
 Oui Non
4. A-t-on déterminé que votre enfant s'est trouvé en contact étroit avec une personne chez qui le bureau de santé publique a diagnostiqué la COVID-19 (ou dont le diagnostic a été posé à l'aide de l'application Alerte COVID liée au téléphone cellulaire de votre enfant)?
 Oui Non
5. Un fournisseur de soins de santé, y compris un responsable du bureau de la santé publique, a-t-il ordonné qu'on isole votre enfant?
 Oui Non

Résultats des questions de dépistage

-  Si vous avez coché « Oui » pour l'un des symptômes énumérés à la question 1 :
- Votre enfant doit rester à la maison et s'isoler immédiatement.
 - Communiquez avec le fournisseur de soins de santé de votre enfant pour obtenir des conseils ou une évaluation, plus particulièrement pour savoir si votre enfant doit subir un test de dépistage de la COVID-19 ou s'il a besoin d'un autre traitement.
-  Si vous avez coché « OUI » pour un des symptômes énumérés à la question 2 :
- Votre enfant doit rester à la maison pendant 24 heures à partir du moment où le symptôme est apparu.
 - Si le symptôme s'estompe progressivement, votre enfant peut retourner à l'école ou à la garderie lorsqu'il se sent suffisamment bien. Il n'est pas nécessaire d'obtenir un résultat négatif au test de dépistage de la COVID-19 pour qu'il retourne à l'école ou à la garderie.
 - Si le symptôme persiste ou s'aggrave, contactez le prestataire de soins de santé de votre enfant pour obtenir des conseils ou une évaluation, plus particulièrement pour savoir si votre enfant doit subir un test de dépistage de la COVID-19 ou s'il a besoin d'un autre traitement.
-  Si vous avez coché « OUI » pour au moins deux des symptômes énumérés à la question 2 :
- Votre enfant doit rester à la maison et s'isoler immédiatement.
 - Communiquez avec le fournisseur de soins de santé de votre enfant pour obtenir des conseils ou une évaluation, plus particulièrement pour savoir si votre enfant doit subir un test de dépistage de la COVID-19 ou s'il a besoin d'un autre traitement.
-  Si vous avez répondu « OUI » à la question 3, 4 ou 5 :
- Votre enfant doit rester à la maison et s'isoler immédiatement. Vous devez suivre les conseils du bureau de la santé publique.
 - Si votre enfant présente des symptômes, vous devez communiquer avec votre bureau de la santé publique local ou le fournisseur de soins de santé de votre enfant pour obtenir des conseils supplémentaires.
-  Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, votre enfant peut aller à l'école.

Santé publique Ontario – Recherche des contacts

Ce sondage est facultatif. Ces informations ne seront utilisées que par les responsables de la santé publique pour la recherche des contacts. Toutes les informations seront supprimées au bout de 28 jours.

Date : _____

Nom : _____

Téléphone ou courriel : _____