

maladie respiratoire)?

Confirmation de maladie - Formulaire du participant

Veuillez remplir le présent formulaire uniquement si votre absence est causée par des symptômes du nouveau coronavirus (2019-nCoV) ou si vous avez reçu un diagnostic clinique de ce virus.

En raison de l'achalandage accru qu'entraîne l'urgence de santé internationale dans les cliniques et les hôpitaux, nous n'exigerons pas, au début, de déclaration du médecin aux fins du traitement de votre demande de règlement d'invalidité de courte durée, si votre absence est due à des symptômes du nouveau coronavirus, à un diagnostic clinique de ce virus, ou à un ordre de mise en quarantaine. Cette exception d'une durée limitée s'appliquera pendant la situation en cours.

En l'absence d'une déclaration du médecin, vous devez confirmer la nature de vos symptômes et préciser tout traitement que vous avez reçu. Veuillez remplir et signer le présent formulaire et l'envoyer, accompagné de votre déclaration du participant, au service des règlements.

1.	Qua	Quand les symptômes sont-ils apparus?		aaaa			
	Prer			aaaa			
2.	Veu	uillez préciser de quels symptômes vous souffrez :					
		Fièvre (dépassant 38 degrés Celsius)	Perte d'appétit	Diarrhée		
		Toux		Écoulement nasal	Perte du goût ou de l'odorat		
		Fatigue (nouvellement apparue)		Nausée	Pneumonie		
		Nouvelles douleurs musculaires		Vomissements	Des taches mauves sur les doigts ou		
		Mal de gorge		Mal de tête	les orteils chez les enfants		
		Essoufflement		Autres			

3. Avez-vous d'autres problèmes de santé qui pourraient nuire à votre rétablissement (diabète, maladie cardiaque,

4.	Dans quelles circonstances auriez-vous été exposé(e) au nouveau coronavirus (voyage dans une région touchée, exposition à une personne infectée)?						
		Je m'en tiens à la recommandation de	e Santé publique de rester à la maison	ı .			
		De qui avez-vous reçu la directive de préciser)?	vous mettre en quarantaine (Santé po	ublique, médecin, autre – veuillez			
		Date(s) de consultation médicale ou o	date de la directive de Santé publique	 jj/mm/aaaa			
		Nom et numéro de téléphone de l'aut mettre en quarantaine	corité de santé/de la clinique/du médec	cin qui a émis la directive de vous			
5.	Avez-vous subi le test du coronavirus? Si oui, quel est le résultat (positif ou négatif)? Si vous n'avez pas encore reçu le résultat, quand l'attendez-vous? Si vous n'avez pas subi le test, quelle en est la raison?						
	•	Date du début de la quarantaine	 jj/mm/aaaa				
	•	Date prévue de la fin de la quarantai	ne jj/mm/aaaa				
	•	Date prévue du retour au travail	jj/mm/aaaa				
	Date de la prochaine consultation du médecin jj/mm/aaaa						
6.	Ête	s-vous en mesure de travailler de la m	naison? Oui 🗆 Non 🗖				
		te que les renseignements fournis da es renseignements peuvent être requis					
No	m :		Nº de tél. :	Cellulaire :			
Signature :			Date :				
Numéro de contrat :			Numéro de participant :	Numéro de participant :			

Pour plus de renseignements sur le nouveau coronavirus, rendez-vous au site de l'Agence de la santé publique du Canada, à https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html.