**Formulaire de confirmation de retour au travail après la COVID-19**

La CLINIQUE XYZ a mis en œuvre un plan de retour au travail afin de reprendre ses activités, conformément aux directives de la santé publique et/ou de la province et de INSÉRER LE NOM DE L’ORGANISME DE RÉGLEMENTATION DE LA PROVINCE. Pour assurer la sécurité de notre personnel et des patients, toutes les personnes qui retourneront à la clinique devront remplir le formulaire suivant.

Questions préliminaires

1. Au cours des 14 derniers jours, est-ce que vous-même ou une personne habitant avec vous avez été en contact avec quelqu’un qui était un cas confirmé de COVID-19?

□ Oui                           □ Non

1. Au cours des 14 derniers jours, est-ce que vous-même ou une personne habitant avec vous avez été en quarantaine ou avez reçu un résultat de test positif pour la COVID-19?

□ Oui                           □ Non

1. Êtes-vous revenu au Canada en provenance d’une région touchée par la pandémie au cours des 14 derniers jours?

□ Oui                           □ Non

1. Avez-vous actuellement des symptômes qui ressemblent à ceux de la grippe et à ceux des personnes qui ont reçu un diagnostic de COVID-19?

□ Oui                           □ Non

1. Si vous avez répondu oui à l’une des questions ci-dessus, est-ce que vous avez reçu l’autorisation de la santé publique de retourner au travail?

□ Oui                          □ Non

*Veuillez noter que la* ***CLINIQUE XYZ*** *se réserve le droit de vous demander une autorisation médicale si vous avez été exposé(e) au virus ou avez reçu un résultat positif au test de la COVID-19.*

Vous devez convenir expressément que lors de votre retour au travail à INSÉRER LE NOM DE LA CLINIQUE, vous respecterez la politique en cas de pandémie de virus ou de grippe, ainsi que les procédures obligatoires ci-dessous :

* Si vous apprenez que vous avez été exposé(e) directement ou indirectement à la COVID-19 ou si vous recevez un résultat positif de test à la COVID-19, vous convenez d’en informer à distance INSÉREZ LE CONTACT
* Si un membre de votre famille et/ou une personne habitant avec vous est exposé(e) directement ou indirectement à la COVID-19 ou reçoit un résultat positif de test à la COVID-19, vous convenez d’en informer à distance INSÉREZ LE CONTACT
* Si vous éprouvez des symptômes de la COVID-19 ou de la grippe, vous convenez d’en informer à distance INSÉREZ LE CONTACT
* Vous convenez de vous conformer à toutes les mesures de santé et de sécurité mises en œuvre par la CLINIQUE XYZ et de suivre toutes les directives de la santé publique et de la province qui pourraient être communiquées.
* Si vous apprenez qu’il existe des dangers réels et/ou potentiels ou une violation des politiques, procédures ou mesures actuelles de santé et de sécurité mises en œuvre à INSÉRER LE NOM DE LA CLINIQUE, vous convenez d’en informer INSÉRER CONTACT immédiatement.
* Si vous apprenez qu’au cours des 14 derniers jours, un patient a été potentiellement exposé à la COVID-19 directement ou indirectement, ou a reçu un résultat de test positif, vous convenez d’en informer INSÉRER CONTACT immédiatement.
* LE CAS ÉCHÉANT : vous convenez de demander à tous les patients qui se présenteront à la clinique s’ils ont été exposés au virus, directement ou indirectement, ou s’ils ont reçu un résultat de test positif au cours des 14 jours ayant précédé leur rendez-vous.

Nom complet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_