

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. Quand les symptômes sont-ils apparus? _____ Premier jour d'absence du travail : _____
jj/mm/aaaa jj/mm/aaaa

2. Veuillez préciser de quels symptômes vous souffrez :

- | | |
|---|---|
| ☐ Fièvre | ☐ Perte d'appétit |
| ☐ Toux | ☐ Écoulement nasal |
| ☐ Fatigue | ☐ Nausée |
| ☐ Douleurs musculaires | ☐ Vomissements |
| ☐ Mal de gorge | ☐ Mal de tête |
| ☐ Essoufflement | ☐ Autres _____ |

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

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 Santé publique de rester à la maison.
- ☐ De qui avez-vous reçu la directive de vous mettre en quarantaine (Santé publique, médecin, autre – veuillez préciser)? _____
- ☐ Date(s) de consultation médicale ou date de la directive de Santé publique _____
jj/mm/aaaa
- ☐ Nom et numéro de téléphone de l'autorité de santé/de la clinique/du médecin qui a émis la directive de vous mettre en quarantaine _____

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 quarantaine _____
jj/mm/aaaa

☐ Date prévue du retour au travail _____
jj/mm/aaaa

☐ Date de la prochaine consultation du médecin _____
jj/mm/aaaa

6. Êtes-vous en mesure de travailler de la maison? Oui ☐ Non ☐

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets, et je comprends que d'autres renseignements peuvent être requis aux fins du traitement de ma demande de règlement.

Nom : _____ N° de tél. : _____ Cellulaire : _____

Signature : _____ Date : _____

Numéro de contrat : _____ 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>.