Dans un souci d’offrir des sessions d’examens et des formations dans un milieu sécuritaire et d’éviter une contagion communautaire des services d’urgence, l’*École nationale des pompiers du Québec* (ENPQ) exige que le gestionnaire de formation responsable valide l’état de santé de chaque candidat, instructeur, moniteur, surveillant, lecteur, appariteur ou responsable du respect du *Protocole de reprise graduelle des activités de formation dans le contexte de la COVID-19* qui se présente à une session d’examen ou à une formation en utilisant cette *Déclaration de bonne santé COVID- 19*.

La personne identifiée dans le tableau *Identification de l’individu et de la formation ou de l’examen* doit répondre à toutes les questions du mieux qu’elle peut.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification de l’individu et de la formation ou de l’examen** | | | | |
| Rôle de l’individu :  (Cocher SVP) | | Candidat | Surveillant | Lecteur |
|  | | Instructeur | Moniteur | Appariteur |
|  | | Responsable du formulaire *Déclaration de bonne santé COVID-19* et du respect du *Procole de reprise graduelle des activités de formation dans le contexte de la COVID-19* | | |
| Prénom et nom de l’individu : | | (En lettres moulées) | | |
| Code permanent du candidat : | | (Comporte 12 caractères : 4 lettres suivies de 8 chiffres) | | |
| (Cocher SVP) | Formation  Session  d’examen | Pompier I | Pompier II | ONU |
|  |  | Opérateur d’autopompe | Opérateur de véhicule d’élévation | Désincarcération |
|  |  | Autre  (Préciser SVP) | | |
| Date de la formation ou de l’examen : | | (Jour / Mois / Année) | | |
| Commentaires, s’il y a lieu : | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Un seul des symptômes suivants justifie un retrait immédiat de la formation ou de l’examen | **Oui** | **Non** |
| Avez-vous la sensation d’être fiévreux, d’avoir des frissons comme lors d’une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38 ºC (104,4 ºF)? |  |  |
| Avez-vous de la toux récente ou empirée depuis peu? |  |  |
| Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé? |  |  |
| Avez-vous une perte soudaine de l’odorat ou du goût? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Une réponse « Oui » à au moins deux des trois symptômes suivants justifie un retrait immédiat de la formation ou de l’examen | **Oui** | **Non** |
| Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente  Douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique)  Mal de tête inhabituel  Perte d’appétit importante |  |  |
| Nausées (maux de cœur), vomissements ou diarrhée dans les 12 dernières heures |  |  |
| Mal de gorge sans autre cause évidente |  |  |

|  |
| --- |
| EXPLICATIONS |
| **Fièvre :**   * Une fièvre intermittente, c’est-à-dire, qui part et revient, répond également à ce critère. Une mesure unique de la température égale ou supérieure à 38 ºC prise à la bouche répond également à ce critère. |
| **De la toux :**   * De rares personnes, par exemple les fumeurs chroniques, peuvent présenter de la toux sur une base régulière. Une toux habituelle ne répond pas à ce critère, mais toute modification de la toux, par exemple son augmentation en fréquence ou l’apparition de crachats, répond à ce critère. |
| **De la difficulté à respirer :**   * Certaines personnes, par exemple les asthmatiques, peuvent avoir des raisons propres à leur condition et non liées à la COVID-19 qui expliquent leurs difficultés à respirer. Toute difficulté à respirer autre que celles qui ont des causes évidentes autres répond à ce critère. |
| **Perte soudaine de l’odorat ou du goût :**   * Une perte d’odorat sans congestion nasale avec ou sans perte du goût répond à ce critère qu’elle soit isolée ou combinée à d’autres symptômes. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature de l’individu ayant rempli cette déclaration et du responsable du respect du protocole en lien avec la COVID-19** | |
| Signature de l’individu : |  |
| Nom du responsable du respect du protocole : | (En lettres moulées) |
| Signature du responsable du protocole : |  |
| Date de la signature : | (Jour / Mois / Année) |

**IMPORTANT** : Après avoir rempli ce formulaire, la personne identifiée dans ce document a la responsabilité d’informer **immédiatement** le gestionnaire de formation de **tout changement** à son état de santé survenu dans les 14 jours suivant la tenue de l’activité.

**REMARQUE** : Toute personne exclue d’une formation ou d’un examen par ce questionnaire est invitée à consulter le site [www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019](http://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019) ou à composer le 1 877 644-4545 (sans frais) pour être dirigée vers la bonne ressource.

|  |
| --- |
| **Directives au responsable du formulaire *Déclaration de bonne santé COVID-19* et du respect du *Protocole de reprise graduelle des activités de formation dans le contexte de la COVID-19*** |
| 1. Les réponses aux questions de cette déclaration sont des renseignements de nature personnelle et confidentielle. Le responsable mandaté par le gestionnaire de formation doit prendre les mesures nécessaires afin de s’assurer de la protection de leur confidentialité. Il doit ensuite retourner ce formulaire à l’ENPQ avec l’examen, après la tenue de celui-ci. |
| 1. Sous la supervision du responsable, cette déclaration doit être dûment remplie :    * 1. Par chaque individu devant prendre part à la formation ou à l’examen (candidat, instructeur, moniteur, surveillant, lecteur, appariteur et responsable du respect du *Protocole de reprise graduelle des activités de formation dans le contexte de la COVID-19*);      2. Durant l’heure précédant le début de l’activité;      3. Dans un local réservé à l’accueil des individus prenant part à l’activité et satisfaisant aux exigences sanitaires du protocole mis en place par le gestionnaire de formation (tel que prévu dans la section ***Rôles et responsabilités du gestionnaire de formation***du document intitulé ***Protocole de reprise graduelle des activités de formation dans le contexte de la COVID‑19*** diffusé par l’ENPQ). |
| **IMPORTANT :** Le responsable accueille un (1) seul individu à la fois et procède à la désinfection des lieux et du matériel utilisé avant de le recevoir. |
| 1. Avant d’autoriser l’individu à quitter le local pour se diriger vers celui réservé à la tenue de l’examen, le responsable doit s’assurer que :    * 1. Tous les champs sont dûment remplis, ce qui inclut le code permanent s’il s’agit d’un candidat, et les signatures;      2. L’individu a coché *Oui* ou *Non* pour chacune des sept (7) questions en lien avec les symptômes de la COVID-19. |
| **IMPORTANT :** Le responsable doit **refuser l’accès au local d’examen** et inviter à **retourner immédiatement à la maison** toute personne :   * + - Ayant répondu *Oui* à l’un des symptômes énumérés dans la première section;     - Ayant répondu *Oui* à deux des trois questions indiquées dans la deuxième section;     - Ayant refusé de remplir et signer la *Déclaration de bonne santé COVID-19*. |
| 1. Dans les meilleurs délais, le responsable doit informer le gestionnaire de la situation ci-dessus décrite afin que celui-ci procède à une demande de crédit ou de remboursement des frais d’examen de l’individu refusé. |
| **IMPORTANT :** Le gestionnaire de formation doit être immédiatement informé de tout changement survenu dans les 14 jours suivant la tenue de l’activité, à l’état de santé de la personne ayant rempli cette déclaration afin de prendre les mesures nécessaires et d’en faire le suivi auprès de l’ENPQ. |