

Veillez remplir le présent formulaire uniquement si vous avez reçu un diagnostic clinique de ce virus ou si vous êtes en attente d'un test ou du résultat d'un test.

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, un Certificat du médecin traitant aux fins du traitement de votre demande 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. Veillez remplir et signer le présent formulaire et l'envoyer à votre superviseur, à votre représentant des ressources humaines ou à disability.hr@mcgill.ca

Identification

Nom: _____ ID: _____

Faculté/département: _____

Questionnaire

1. Date d'apparition des symptômes : _____ Premier jour d'absence du travail: _____

2. Veuillez préciser de quels symptômes vous souffrez:

Fièvre Toux Difficultés respiratoires

Prière d'indiquer tout autre symptôme :

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)?

5. Avez-vous reçu des services de :

	✓	Date de la consultation	Recommandations reçues
Info santé	<input type="checkbox"/>		
Un médecin	<input type="checkbox"/>		
Clinique COVID-19	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>		

6. Avez-vous subi le test du coronavirus? Oui NonSi oui, quel est le résultat? Positif 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? _____

7. Date du début de la quarantaine : _____

8. Date prévue de la fin de la quarantaine : _____

9. Date prévue du retour au travail : _____

10. Date de la prochaine consultation avec le médecin : _____

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 d'invalidité de courte durée.

Signature de l'employé_____
Téléphone_____
Date