



Destinataire : Tout le personnel
Expéditeur : Christian Paradis
Date : Le 20 mars 2020
Objet : COVID-19 | Maladie chronique

Les employés atteints d'une maladie chronique identifiée comme étant à risque pour le coronavirus (COVID-19) ou d'un état d'immunosuppression doivent être retirés du travail et placés en isolement à la maison. Le cas échéant, le travail à la maison ou télétravail doit être privilégié. Si ce n'est pas possible, l'employé sera tout de même rémunéré à la maison. Cette orientation s'applique aux maladies suivantes :

- Hypertension
- Diabète
- Maladie cardiaque
- Maladie respiratoire chronique (telle que l'asthme sévère, MPOC, emphysème)
- Cancer actif
- Système immunitaire affaibli à la suite d'un problème de santé ou traitement (exemple : chimiothérapie, immunosuppresseurs)

Si vous estimez votre condition de santé à risque pour le coronavirus (COVID-19), veuillez remplir le questionnaire que vous trouverez en annexe de la présente note et le transmettre à l'adresse suivante :

Courriel : bureau.medical@ville.quebec.qc.ca ou télécopieur : (418) 641-6397

Le Bureau médical validera votre demande et avisera votre gestionnaire de la mesure retenue.

Prendre note de prévoir un délai de réponse de quelques jours afin d'obtenir une réponse en raison d'un important volume de demande.

Christian Paradis
Directeur

Questionnaire

Coronavirus (COVID-19)



Le présent questionnaire permet d'évaluer s'il serait préférable de vous placer en télétravail ou en isolement préventif en raison d'une condition de santé identifiée comme étant à risque pour le coronavirus (COVID-19) selon les critères du ministère de la Santé et des Services sociaux et la santé publique.

Vous devez transmettre votre formulaire obligatoirement à l'adresse courriel :

bureau.medical@ville.quebec.qc.ca ou par télécopieur : 418 641-6397

Dans le contexte actuel, veuillez prendre note que la DSST privilégie la transmission de tous documents médicaux et autres à cette adresse courriel. Merci de respecter cette consigne.

| | |
|-------------------------------------|--------|
| Nom : | N° ID: |
| No de téléphone pour vous joindre : | |

| Questionnaire |
|--|
| 1. Avez-vous un problème de santé dans la liste suivante* ? (Cochez) <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire chronique (telle que l'asthme chronique, MPOC emphysème) <input type="checkbox"/> Cancer actif <input type="checkbox"/> Système immunitaire affaibli à la suite d'un problème de santé ou traitement (exemple : chimiothérapie, immunosuppresseurs) |
| SVP précisez votre situation : |
| 2. Prenez-vous une médication ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Indiquez le nom du ou des médicament(s) : |
| SVP fournir la liste de pharmacie avec précision pour la prise de pompes respiratoires, le dernier service pour la prise de pompes |

| | |
|--|--------|
| J'autorise, par la présente, ma clinique ou autre établissement de santé à transmettre les dossiers et renseignements médicaux pertinents de façon confidentielle au bureau de la santé et de la sécurité du travail | |
| Signature employé(e) : | Date : |
| Nom du médecin traitant : | |
| Nom, adresse et coordonnées de la clinique : | |

*Référence : OMS et ministère de santé du Québec