

Déclaration de santé COVID-19 et autres maladies infectieuses pour les participants à des études

Cher participant/chère participante de la recherche,

Avant de vous déplacer ou de rencontrer un membre de l'équipe de recherche, nous vous demandons de bien vouloir remplir cette déclaration de santé la journée de la rencontre prévue. Ce formulaire vise à vous informer des symptômes les plus courants de la COVID-19 ainsi que les autres maladies contagieuses et à réduire le risque de transmission de maladies. Soyez assuré que l'équipe de recherche remplit les mêmes conditions avant de vous rencontrer.

En présence d'une réponse positive à l'une ou l'autre des sections suivantes, veuillez ne pas rencontrer l'équipe de recherche et en informer la personne-ressource indiquée dans la lettre d'information au participant qui pourra alors convenir avec vous de nouvelles modalités pour votre participation.

Avoir un seul des symptômes ou des conditions suivants :	OUI	NON
Avez-vous une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38°C (100,4 °F) ou d'avoir des frissons ?		
Avez-vous obtenu un résultat positif à un test de dépistage pour la COVID-19 dans les 14 derniers jours ?		
Est-ce que vous avez été en contact avec des personnes infectées à la COVID-19 au cours des 14 derniers jours ?		
Avez-vous de la toux récente ou aggravation d'une toux chronique ?		
Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé même au repos?		
Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût ?		
Avez-vous mal à la gorge?		

Avoir la présence d'au moins deux des symptômes suivants	OUI	NON
Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente		
Nez qui coule ou congestion nasale de cause inconnue (allergie exclue)		
Douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique)		
Perte d'appétit importante		
Mal de tête inhabituel		
Nausées (maux de cœur), vomissements		
Diarrhée		
Maux de ventre		

Autres symptômes	OUI	NON
Sueurs nocturnes inhabituelles		
Ganglions enflés		
Éruptions cutanées de provenance inconnue		

Ce document sera conservé durant un maximum de 14 jours suivant votre participation et il sera détruit par la suite.

Déclaration de santé COVID-19 et autres maladies infectieuses pour les participants à des études

Êtes-vous adéquatement vacciné(e) contre la COVID-19?

Oui Non Préfère ne pas répondre

Veillez compléter, signer et remettre ce formulaire à un membre de l'équipe de recherche qui en fera une copie avant de vous le redonner en format papier ou numérique, à votre convenance.

Noms, prénom

Numéro de téléphone

Signature du participant à la recherche

Date (J-M-A)

Ce document sera conservé durant un maximum de 14 jours suivant votre participation et il sera détruit par la suite.