

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,  
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
 DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE  
 EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
 DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de début des symptômes :

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aaaa-mm-jj

Date du résultat positif pour COVID-19 :

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aaaa-mm-jj

Date de début de l'isolement :

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aaaa-mm-jj

PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ - DATE DE DÉBUT<sup>1</sup> : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aaaa-mm-jj

DATE DE FIN<sup>2</sup> : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aaaa-mm-jj

**NOTE :** Se référer à la période de contagiosité comprise entre ces dates pour effectuer la recherche de contacts.

<sup>1</sup> Se référer aux « *Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires* », tableau 3 de l'INSPQ. La période de contagiosité commence **48 heures avant la date du début des symptômes ou du prélèvement positif à la COVID-19 retenue comme date de référence.**

<sup>2</sup> La période de contagiosité prend fin à la date de début d'isolement du cas, ou à la levée de l'isolement du cas pour un contact domiciliaire.

Signature de l'intervenant qui effectue l'entrevue : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aaaa-mm-jj

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,  
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
 DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE  
 EMBOSSE HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
 DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

**IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19**

**MAISONNÉE : RÉSIDENTS**

Résidence principale : # \_\_\_\_\_

Liste des résidents permanents de la maison durant la période de contagiosité : *S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille*

Nom	No dossier	DDN	Sexe		Téléphone ou identifiant Facebook	Symptômes <sup>3</sup>		Vacciné C-19 ? <sup>4</sup>		Épisode antérieur de C-19 ?	Port du masque de qualité ? <sup>5</sup>	
			H	F		Oui	Non	Dose #1	Dose #2	Si oui, date résultat positif	Oui	Non
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>3</sup> Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.  
<sup>4</sup> Inscrire « Aucun » si non vacciné, ou « Inconnu » si statut inconnu.  
<sup>5</sup> Port adéquat (couvre le nez et la bouche) et continu d'un masque de qualité médicale chez le cas et le contact. Se référer aux [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires](#), de l'INSPQ

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

### PARTENAIRES INTIMES

Liste des personnes ayant eu des relations sexuelles avec le cas confirmé ou probable, durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	DDN	Sexe		No maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact	Symptômes <sup>3</sup>		Vacciné C-19 ? <sup>4</sup>		Épisode antérieur de C-19 ?	Port du masque de qualité ? <sup>5</sup>	
			H	F				Oui	Non	Dose #1	Dose #2	Si oui, date résultat positif	Oui	Non
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>3</sup> Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.

<sup>4</sup> Inscrire « Aucun » si non vacciné, ou « Inconnu » si statut inconnu.

<sup>5</sup> Port adéquat (couvre le nez et la bouche) et continu d'un masque de qualité médicale chez le cas et le contact. Se référer aux [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires](#), de l'INSPQ

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

### MAISONNÉE : VISITEURS

Liste des personnes qui ont visité la maisonnée durant la période de contagiosité :

*S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille*

Nom	No dossier	DDN	Sexe		No maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact	Symptômes <sup>3</sup>		Vacciné C-19 ? <sup>4</sup>		Épisode antérieur de C-19 ?		Port du masque de qualité ? <sup>5</sup>		Intensité de contact	
			H	F				Oui	Non	Dose #1	Dose #2	Si oui, date résultat positif	Oui	Non	≥ 15 min	≤ 2 m	
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<sup>3</sup> Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.

<sup>4</sup> Inscrire « Aucun » si non vacciné, ou « Inconnu » si statut inconnu.

<sup>5</sup> Port adéquat (couvre le nez et la bouche) et continu d'un masque de qualité médicale chez le cas et le contact. Se référer aux [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires](#), de l'INSPQ

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

### MAISONNÉES VISITÉES

Durant la période de contagiosité, est-il arrivé que l'utilisateur ait visité d'autres maisonnées ?  Oui  Non

Liste des maisons visitées et des personnes présentes lors des visites de l'utilisateur durant la période de contagiosité :

*S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille*

Nom	No dossier	DDN	Sexe		No maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact	Symptômes <sup>3</sup>		Vacciné C-19 ? <sup>4</sup>		Épisode antérieur de C-19 ? Si oui, date résultat positif	Port du masque de qualité ? <sup>5</sup>		Intensité de contact	
			H	F				Oui	Non	Dose #1	Dose #2		Oui	Non	≥ 15 min	≤ 2 m
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>3</sup> Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.

<sup>4</sup> Inscrire « Aucun » si non vacciné, ou « Inconnu » si statut inconnu.

<sup>5</sup> Port adéquat (couvre le nez et la bouche) et continu d'un masque de qualité médicale chez le cas et le contact. Se référer aux [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires](#), de l'INSPQ

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,  
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
 DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
 DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

### GARDERIE

Non-applicable

Enfant → groupe : \_\_\_\_\_

Travailleur avec contact avec les enfants → fonction : \_\_\_\_\_

Travailleur sans contact avec les enfants → fonction : \_\_\_\_\_

Nom de la garderie : \_\_\_\_\_

Fréquence de présence<sup>6</sup> : \_\_\_\_\_

Date de la dernière présence : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa-mm-jj)

### ÉCOLE

Non-applicable

Enfant → classe : \_\_\_\_\_

Travailleur avec contact avec les enfants → fonction : \_\_\_\_\_

Travailleur sans contact avec les enfants → fonction : \_\_\_\_\_

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Fréquence de présence<sup>6</sup> : \_\_\_\_\_

Date de la dernière présence : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa-mm-jj)

<sup>6</sup> Important de bien remplir cette section! Incrire le nombre de présences par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

### TRAVAIL

Non-applicable.

Employeur : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Date de la dernière présence : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa-mm-jj)

Liste des personnes avec qui l'usager est en contact au travail :

*S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille*

Nom	No dossier	DDN	Sexe		No maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact	Symptômes <sup>3</sup>		Vacciné C-19 ? <sup>4</sup>		Épisode antérieur de C-19 ?	Port du masque de qualité ? <sup>5</sup>		Intensité de contact	
			H	F				Oui	Non	Dose #1	Dose #2	Si oui, date résultat positif	Oui	Non	≥ 15 min	≤ 2 m
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>3</sup> Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.

<sup>4</sup> Inscrire « Aucun » si non vacciné, ou « Inconnu » si statut inconnu.

<sup>5</sup> Port adéquat (couvre le nez et la bouche) et continu d'un masque de qualité médicale chez le cas et le contact. Se référer aux [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires](#), de l'INSPQ

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

### AUTRES LIEUX OU ACTIVITÉS

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,  
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
 DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
 DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

<u>DURANT LA PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ</u>	Oui	Non	Date de dernière présence	Si oui, préciser le lieu, et détailler les contacts dans les pages suivantes
Clinique médicale ou centre hospitalier (Nord et/ou Sud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	
Commerces, épicerie, banques, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	
Activité de groupe extérieure, (ex. : camping, pêche, chasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	
Activité de groupe intérieure, (ex. : feast, regroupement familial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	
Autre lieu de rassemblement, (ex. : centre communautaire, centre de couture, église)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	
Activité sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	
Lieux publics culturels (musées, bibliothèque, salle de spectacle et de cinéma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	
Lieux publics de loisirs (restaurants, bars ou cafés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	
Hôtels ou lieu de conférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	
Moyen de transport public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	
Voyage au Nunavik ou à l'extérieur du Nunavik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	
Établissement(s) de détention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	



EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

**IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19**

**AUTRES LIEUX ET ACTIVITÉS : CONTACTS ADDITIONNELS**

Lieu fréquenté	Nom	No dossier	DDN	Sexe		Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact	Symptômes <sup>3</sup>		Vacciné C-19 ? <sup>4</sup>		Épisode antérieur de C-19 ? Si oui, date résultat positif	Port du masque de qualité ? <sup>5</sup>		Intensité de contact	
				H	F			Oui	Non	Dose #1	Dose #2		Oui	Non	≥ 15 min	≤ 2 m
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>3</sup> Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.  
<sup>4</sup> Inscrire « Aucun » si non vacciné, ou « Inconnu » si statut inconnu.  
<sup>5</sup> Port adéquat (couvre le nez et la bouche) et continu d'un masque de qualité médicale chez le cas et le contact. Se référer aux [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires](#), de l'INSPQ

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,  
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
 DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
 DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

**IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19**

**AUTRES LIEUX ET ACTIVITÉS : CONTACTS ADDITIONNELS**

Lieu fréquenté	Nom	No dossier	DDN	Sexe		Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact	Symptômes <sup>3</sup>		Vacciné C-19 ? <sup>4</sup>		Épisode antérieur de C-19 ? Si oui, date résultat positif	Port du masque de qualité ? <sup>5</sup>		Intensité de contact	
				H	F			Oui	Non	Dose #1	Dose #2		Oui	Non	≥ 15 min	≤ 2 m
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	aaaa-mm-jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>3</sup> Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.  
<sup>4</sup> Inscrire « Aucun » si non vacciné, ou « Inconnu » si statut inconnu.  
<sup>5</sup> Port adéquat (couvre le nez et la bouche) et continu d'un masque de qualité médicale chez le cas et le contact. Se référer aux [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires](#), de l'INSPQ