

## Absences reliées au COVID-19

Veillez compléter le présent formulaire uniquement si votre absence est reliée au COVID-19 et est relié à l'une des conditions suivantes (cochez ce qui s'applique) :

- vous avez des symptômes reliés au COVID-19 et vous avez entamé une démarche pour un test de dépistage ou vous êtes en attente du résultat du test
- vous êtes en isolement préventif suite à une recommandation médicale
- vous êtes immunodéficient

**Vous devez compléter toutes les sections qui s'appliquent à votre cas.**

En raison de l'achalandage accru qu'entraîne l'urgence de santé internationale dans les cliniques et les hôpitaux, nous n'exigeons pas, au début, de déclaration du médecin aux fins de traitement de votre demande de règlement d'invalidité de courte durée. 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 des symptômes ou de votre condition et préciser tout traitement que vous avez reçu. Veuillez remplir et signer le présent formulaire et l'envoyer à l'adresse [bureaumedicalstm@stm.info](mailto:bureaumedicalstm@stm.info). Vous devez également informer votre gestionnaire.

---

1. Quand les symptômes sont-ils apparus? \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

Premier jour d'absence au travail: \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

2. Veuillez préciser de quels symptômes vous souffrez :

- Fièvre (38°C et +)
- Toux
- Difficultés respiratoires
- Pneumonie dans les deux poumons

3. Êtes-vous immunodéficient? Oui  Non

Si oui, précisez la cause :

- Condition médicale : \_\_\_\_\_
- Médication confirmée : \_\_\_\_\_

4. Dans quelles circonstances auriez-vous été exposé(e) au nouveau coronavirus (voyage à l'extérieur du Québec, exposition à une personne infectée) ?

---

---

5. Avez-vous subi le test de dépistage de coronavirus? Oui  Non

Si oui, quel est le résultat (positif ou négatif) ? \_\_\_\_\_

Si vous n'avez pas encore reçu le résultat, quand l'attendez-vous? \_\_\_\_\_

Si vous n'avez pas subi le test, quelle est la raison?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Si vous êtes en isolement actuellement :

De qui avez-vous reçu la directive de vous mettre en isolement (Santé publique, médecin, autre – veuillez préciser) ? \_\_\_\_\_

Date(s) de consultation médicale ou date de la directive de Santé publique : \_\_\_\_\_

jj/mm/aaaa

Nom et numéro de téléphone de l'autorité de la santé/de la clinique/du médecin qui a émis la directive de vous mettre en isolement \_\_\_\_\_

Date de début de l'isolement : \_\_\_\_\_

jj/mm/aaaa

Date prévue de la fin de l'isolement : \_\_\_\_\_

jj/mm/aaaa

Date prévue du retour au travail : \_\_\_\_\_

jj/mm/aaaa

Date de la prochaine consultation du médecin : \_\_\_\_\_

jj/mm/aaaa

7. Êtes-vous en mesure de travailler de la maison : Oui  Non

---

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 de traitement de ma demande.

Nom : \_\_\_\_\_ No de tél : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_ Division : \_\_\_\_\_

Supérieur immédiat : \_\_\_\_\_

Pour plus de renseignements sur le nouveau coronavirus, rendez-vous au site de l'Agence de la santé publique du Canada, à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html>