

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION LORS D'UN DÉPISTAGE OU LORS DE VACCINATION  
DANS UN CONTEXTE DE TRAVAIL ET DEMANDÉ PAR UNE AUTORITÉ COMPÉTENTE  
1 formulaire par dépistage ou par vaccination

INFORMATION D'IDENTIFICATION

Nom complet de l'employé :	
Numéro de matricule :	Coordonnées téléphoniques :
Adresse complète du <u>domicile</u> (incluant le code postal)	

La réclamation concerne :  un dépistage → veuillez poursuivre la complétion du formulaire à la section 1  
 une vaccination → veuillez poursuivre la complétion du formulaire à la section 2

SECTION 1 | Pour la réclamation lors d'un **DÉPISTAGE**, merci de répondre aux questions ci-dessous

Est-ce que le dépistage s'est réalisé dans l'une des situations suivantes?

- Dépistage demandé par la santé publique après un contact communautaire  
*(exposition significative évaluée par la santé publique à un cas confirmé qui ne réside pas à la même adresse)*
  - Dépistage réalisé en prévision d'une intervention médicale en milieu hospitalier  
*(pré-op, accouchement, etc.)*
  - Dépistage réalisé lors de son passage en milieu de soins à titre d'usager
  - Dépistage réalisé à la demande de l'employé alors que l'infirmière SST ne suspecte pas la COVID-19
  - Dépistage réalisé à votre initiative (pour se rassurer, en même temps qu'un proche, etc.)
- Si l'un de ces éléments s'applique à votre situation, vous ne pouvez pas réclamer de rémunération ou autre avantage applicable pour ce test de dépistage.  
→ Si aucun de ces éléments ne s'applique à votre situation, veuillez poursuivre la complétion du formulaire.

Est-ce que le dépistage s'est réalisé dans l'une des situations suivantes?

- Dépistage demandé par l'infirmière SST puisqu'il y a présence de symptômes associés à la COVID-19
  - Dépistage massif réalisé dans un contexte où votre unité est en surveillance ou en éclosion et vous faites partie du personnel ciblé par l'ordonnance de dépistage
  - Dépistage demandé par l'infirmière SST après un contact avec un cas confirmé COVID-19 en milieu de soins *(enquête épidémiologique au travail)*
  - Dépistage demandé par l'infirmière SST après un contact domiciliaire *(personne vivant à la même adresse)* avec un cas confirmé
  - Dépistage de type test de contrôle demandé par l'infirmière SST pour confirmer ou infirmer la maladie COVID-19 *(premier test faiblement positif ou équivoque)*
  - Dépistage recommandé par le SST après le départ d'une zone en éclosion ou chaude *(passage entre les zones)*
  - Dépistage massif systématique des employés asymptomatique en milieu de vie *(exemple en CHSLD)*
  - Dépistage obligatoire en vertu de l'Arrêté ministériel 2021-024, lorsque l'employé n'est pas vacciné
- Si l'un de ces éléments s'applique à votre situation, veuillez poursuivre la complétion du formulaire.  
→ Si aucun de ces éléments ne s'applique à votre situation, vous ne semblez pas pouvoir réclamer de rémunération ou autre avantage applicable pour ce test de dépistage. Afin de vous en assurer, vous pouvez contacter par courriel le service de la santé, du soutien et de la présence au travail à l'adresse suivante:  
[conditions.travail.covid-19.cisssca@ssss.gouv.qc.ca](mailto:conditions.travail.covid-19.cisssca@ssss.gouv.qc.ca)

Est-ce que le dépistage a été demandé dans le cadre de l'application de l'Arrêté ministériel 2021-024 *(dépistage obligatoire compte tenu qu'aucune preuve vaccinale n'a été soumise à l'employeur)?*

- Oui  
 Non

Quel est le lieu exact de votre dépistage en précisant le type d'installation et l'endroit précis?

- CDD Archimède *(856, rue Archimède, Lévis G6V 7M5)*
  - CDD Beauceville *(253, route 108, Beauceville G5X 2Z3)*
  - CDD Montmagny *(350, boulevard Taché Ouest, Montmagny G5V 3R8)*
  - CDD Paul-Gilbert *(9330, boulevard du Centre-Hospitalier, Lévis G6X 1L6)*
  - CDD Thetford *(1923, rue Notre-Dame Est, Thetford Mines G6G 2V8)*
  - Sur mon milieu de travail *(lieu de travail exact la journée où votre dépistage s'est effectué)*
- Indiquer le nom de l'installation de façon précise *(ex. CHSLD Lac-Etchemin)* : \_\_\_\_\_
- Indiquer l'adresse complète de l'installation : \_\_\_\_\_
- Autre :
- Indiquer le nom du site de dépistage : \_\_\_\_\_
  - Indiquer l'adresse complète du site de dépistage : \_\_\_\_\_

Quelle est la date et l'heure de votre dépistage? Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

→ Veuillez poursuivre la complétion du formulaire à la section 3

**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION LORS D'UN DÉPISTAGE OU LORS DE VACCINATION  
DANS UN CONTEXTE DE TRAVAIL ET DEMANDÉ PAR UNE AUTORITÉ COMPÉTENTE (verso)**

**SECTION 2 | Pour la réclamation lors d'une VACCINATION, merci de répondre aux questions ci-dessous**

Quel est le lieu exact de votre vaccination en précisant le type d'installation et l'endroit précis?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centre des Congrès de Lévis (5750, Rue J.-B.- Michaud, Lévis, (Québec) G6V 0B1)        | <input type="checkbox"/> Hôtel Georgeville (300, 118e Rue, Saint-Georges, (Québec) G5Y 3E3)                   |
| <input type="checkbox"/> Centre des Congrès de Thetford Mines (777, 9e Rue S, Thetford Mines, (Québec) G6G 6X5) | <input type="checkbox"/> Hôtel L'oiselière à Montmagny (105, Chemin des Poirier, Montmagny, (Québec) G5V 3T4) |
| <input type="checkbox"/> Centre Paul-Gilbert (9330, boulevard du Centre-Hospitalier, Lévis (Québec) G6X 1L6)    | <input type="checkbox"/> Hôpital St-Georges (1515, 17e Rue, Saint-Georges (Québec) G5Y 4T8)                   |

- Autre :
- Indiquer le nom du site de vaccination : \_\_\_\_\_
  - Indiquer l'adresse complète du site de vaccination : \_\_\_\_\_

Quelle est la date et l'heure de votre vaccination? Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

→ Veuillez poursuivre la complétion du formulaire à la section 3

**SECTION 3 | Validation de la situation qui est applicable à votre réclamation d'un dépistage ou d'une vaccination**

Quand le dépistage ou la vaccination s'est-il effectué?

(Veuillez indiquer la situation qui est applicable à votre cas en cochant la ligne appropriée et en répondant aux questions s'y rattachant)

<input type="checkbox"/>	Durant votre quart de travail	<p>Dans cette situation, <u>avez-vous eu à vous déplacer à l'extérieur de votre lieu de travail</u> pour ce dépistage ou cette vaccination?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI → Quel est le km aller-retour réclamé entre votre lieu de travail et le lieu du dépistage ou de vaccination ? Le km réclamé est de _____ km</p> <p>Quel a été votre lieu de travail exact la journée où s'est effectué votre dépistage ou votre vaccination en précisant le type d'installation et l'endroit précis ? (Ex. Hôpital de Thetford-Mines, CHSLD Lac-Etchemin, CLSC de Beauville...): _____</p> <p>→ Veuillez poursuivre la complétion du formulaire à la section 4</p> <p><input type="checkbox"/> NON → Vous ne pouvez pas réclamer de rémunération ou autre avantage applicable pour ce test de dépistage. → Veuillez poursuivre la complétion du formulaire à la section 4</p>
<input type="checkbox"/>	Avant ou après votre quart régulier de travail	<p>Dans cette situation, <u>avez-vous eu à vous déplacer à l'extérieur de votre lieu de travail</u> pour ce dépistage ou cette vaccination ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI → Est-ce que ce déplacement a entraîné du km excédentaire ? On entend par km excédentaire, tout km au-delà de ce que vous auriez normalement parcouru pour vous rendre au travail ou retourner à votre domicile. (Par exemple, une personne effectue normalement 10 km entre son domicile et son lieu de travail. Compte tenu du dépistage ou de la vaccination demandée, elle a parcouru 15 km, elle peut donc réclamer 5 km.)</p> <p>Si c'est le cas, précisez le km excédentaire réclamé : _____ km.</p> <p>Quel a été votre lieu de travail exact la journée où s'est effectué votre dépistage ou votre vaccination en précisant le type d'installation et l'endroit précis ? (Ex. Hôpital de Thetford-Mines, CHSLD Lac-Etchemin, CLSC de Beauville...): _____</p> <p>Est-ce que ce déplacement a entraîné du temps de déplacement excédentaire ? On entend par temps excédentaire tout temps au-delà du temps normalement pris pour vous rendre au travail ou retourner à votre domicile. (Par exemple, une personne prend normalement 30 minutes pour effectuer le trajet entre son domicile et son lieu de travail. Compte tenu de son dépistage ou vaccination demandé, cela lui a exigé 50 minutes de déplacement (excluant le temps de dépistage ou de vaccination qui vous sera rémunéré autrement), elle peut donc réclamer 20 minutes.)</p> <p>Si c'est le cas, précisez le temps de déplacement excédentaire : _____ minutes.</p> <p>→ Veuillez poursuivre la complétion du formulaire à la section 4</p> <p><input type="checkbox"/> NON → Vous ne pouvez pas réclamer des frais de déplacement pour ce test de dépistage ou cette vaccination. Toutefois, une rémunération correspondant au temps du dépistage ou de la vaccination est applicable. → Veuillez poursuivre la complétion du formulaire à la section 4</p>
<input type="checkbox"/>	Durant une journée de congé (hebdomadaire, férié, vacances...)	<p>Dans cette situation, quel est le km aller-retour réclamé entre votre domicile et le lieu du dépistage ou de vaccination ? Le km réclamé est de _____ km.</p> <p>Quel est le temps réclamé pour le déplacement aller-retour (<u>en excluant le temps de dépistage ou de vaccination qui vous sera rémunéré autrement</u>), entre le domicile et le lieu de dépistage ou de vaccination ? Le temps réclamé est _____ minutes.</p> <p>→ Veuillez poursuivre la complétion du formulaire à la section 4</p>
<input type="checkbox"/>	Durant une période d'isolement en lien avec la COVID-19 (QOCAS, CNESST, ass. salaire)	<p>Dans cette situation, quel est le km aller-retour réclamé entre votre domicile et le lieu du dépistage ou de vaccination ? Le km réclamé est de _____ km.</p> <p>→ Veuillez poursuivre la complétion du formulaire à la section 4</p>

#### SECTION 4 | Informations, instructions et signature

Une fois ce formulaire dûment complété à l'écran, veuillez l'imprimer, le signer, le numériser et nous l'acheminer par courriel à l'adresse suivante : [relations\\_de\\_travail.ciassca@ssss.gouv.qc.ca](mailto:relations_de_travail.ciassca@ssss.gouv.qc.ca)

Après analyse, si vous répondez aux critères, vous serez éligible, le cas échéant, au remboursement du kilométrage ainsi qu'au paiement du temps de déplacement et du temps prit pour le test de dépistage ou de vaccination. Si des montants vous sont dus, ils vous seront versés sur une paie subséquente.

À noter que la complétion du présent formulaire nous autorise à valider la passation effective de votre test de dépistage ou de votre vaccination et vous certifiez que les renseignements déclarés sont justes et exacts.

Signature de l'employé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_