

# Formulaire de demande de dépistage rapide de la COVID-19 en milieu de travail

Le présent formulaire de demande est destiné aux organismes qui souhaitent participer au programme de dépistage rapide de la COVID-19 en milieu de travail au Nouveau-Brunswick.

## Objectifs du programme :

- Réduire les risques d'éclats en milieu de travail
- Accroître l'accès au dépistage rapide de la COVID-19 dans les milieux de travail des secteurs essentiels du N.-B.
- Offrir un dépistage sentinelle uniforme en milieu de travail, protégeant ainsi les employés et leurs contacts étroits

## VEUILLEZ REMPLIR LES CHAMPS SUIVANTS :

Nom de l'entreprise ou de l'organisme			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Responsable du dépistage en milieu de travail	Courriel	Numéro de téléphone	
Autre personne-ressource	Courriel	Numéro de téléphone	

## SECTEUR –VEUILLEZ COCHER

- |   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Transformation des aliments  | <input type="checkbox"/> Énergie et services publics | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Fabrication à grande échelle | <input type="checkbox"/> Scieries                    |                                |
| <input type="checkbox"/> Exploitation minière         | <input type="checkbox"/> Épiciers                    |                                |

## CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Employez-vous actuellement plus de 300 employés à temps plein et à temps partiel?  Oui  Non

Si vous ne respectez pas le critère ci-dessus, mais exercez vos activités dans un secteur essentiel, veuillez décrire pourquoi votre participation à ce programme est essentielle. Un secteur essentiel peut être défini comme un organisme qui est essentiel au fonctionnement d'une société et de son économie.

Avez-vous déterminé un fournisseur de soins qualifié pour effectuer le dépistage?  Oui  Non

Veuillez décrire le fournisseur de soins qualifié

Votre milieu de travail exerce-t-il ses activités dans un environnement où les contacts sont rapprochés?  Oui  Non

Vos employés sont-ils dans l'incapacité de faire du télétravail en raison de la nature de leur travail?  Oui  Non

Votre milieu de travail est-il en mesure de suivre les directives indiquées dans le document ci-dessous en toute sécurité?  Oui  Non

## Aperçu du programme sectoriel de dépistage rapide de la COVID-19

Visitez le [gnb.ca/coronavirus](https://gnb.ca/coronavirus) pour télécharger ce guide.

J'ai lu le document ci-dessus et je confirme que mon milieu de travail est en mesure de suivre les directives du programme  Oui  Non

Description et contexte supplémentaires des activités pour le groupe d'employés essentiels nécessitant un dépistage rapide hebdomadaire :

En signant ci-dessous, notre organisation s'engage à respecter les lignes directrices et les meilleures pratiques, elle confirme que le présent document a été examiné et compris, et qu'elle consent à respecter le document d'orientation relatif au programme de dépistage au point de service du Nouveau-Brunswick.

Nom en lettres moulées et titre du représentant de l'organisation			
Nom de l'organisation	Adresse électronique de la personne-ressource de l'organisation	Signature du représentant de l'organisation	Date

## PROCESSUS DE DEMANDE

Les entreprises qui répondent aux critères du programme doivent soumettre la demande ci-dessus à : [COVID-19NB@gnb.ca](mailto:COVID-19NB@gnb.ca) aux fins d'examen et d'inscription. Veuillez indiquer « Programme de dépistage rapide en milieu de travail » dans l'objet de votre courriel.

## Les étapes sont les suivantes :

1. Soumission du formulaire de demande de dépistage rapide en milieu de travail
2. Sélection/validation/approbation
3. Formation/éducation (document d'orientation, pratiques de PCI, traitement des résultats)
4. Mise en œuvre du dépistage rapide
5. Rapport sur le dépistage rapide et achèvement