

Patient and Care Partner Screening Form

Formulaire de dépistage destiné aux patients et aux partenaires de soins



Thunder Bay Regional
Health Sciences
Centre

Please complete this form prior to proceeding to screening on the day of your appointment.

Veillez remplir ce formulaire avant de vous présenter au poste de dépistage le jour de votre rendez-vous :

I am a: Patient Care Partner
Je suis un : Patient Partenaire de soins

Your Name: _____
Votre nom : _____

Today's Date: _____
Date d'aujourd'hui : _____

Patient's name/department you are visiting: _____
Nom du département ou patient à qui vous rendez visite : _____

1 In the past 3 days, have you experienced one or more of the following new or worsening symptoms:

Dans les derniers 3 jours, présentiez-vous l'un des symptômes suivants (nouveau ou qui s'aggrave)?

- | | | |
|---|---|---|
| • Fever Fièvre | • Runny nose/ sneezing
Écoulement nasal/éternuements | • Change in sense of smell/taste
Modification du goût ou de l'odorat |
| • Cough Toux | • Nasal congestion
Congestion nasale | • Gastrointestinal symptoms
(e.g. nausea, vomiting and/or
diarrhea)?
Symptômes gastro-intestinaux (p. ex.
nausée, vomissements ou diarrhée) |
| • Difficulty breathing
Difficulté à respirer | • Hoarse voice Voix rauque | |
| • Muscle aches Douleurs musculaires | • Difficulty swallowing
Difficulté à avaler | |
| • Fatigue Fatigue | • Chills Frissons | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Oui Non |
| • Headache Mal de tête | | |
| • Sore throat Mal de gorge | | |

2 Have you traveled outside of Canada in the last 14 days or outside of Northwestern Ontario (Manitouwadge to the Manitoba Border) in the last 7 days?

Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours ou à l'extérieur de Nord-Ouest de l'Ontario (de la frontière du Manitoba à Manitouwadge) au cours des 7 derniers jours?

YES NO
Oui Non

3 Have you had close contact without personal protective equipment (PPE) with anyone with a confirmed or probable (being tested at present) case of COVID-19?

Avez-vous été en contact étroit, sans port d'équipement de protection individuelle (EPI), avec un cas de COVID-19 confirmé ou probable (en cours d'analyse)?

YES NO
Oui Non

4 Are you a staff/resident of a congregate living setting and institution (i.e. retirement home, shelter, detention center or group home) or have you had close contact with a staff/resident of a congregate living setting or institution?

YES NO
Oui Non

5 In the last 14 days, have you tested positive for COVID-19 or are you waiting for test results because of symptoms?

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous reçu un diagnostic positif de COVID-19 ou attendez-vous les résultats d'analyse pour la COVID-19 à cause de symptômes?

YES NO
Oui Non