

# 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.

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

**2 Have you traveled outside of Northern Ontario (Parry Sound to the Manitoba border) in the last 7 days or outside of Canada in the last 14 days?**  
Avez-vous voyagé à l'extérieur du nord de l'Ontario (de Parry Sound à la frontière du Manitoba) au cours des 7 derniers jours ou à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?

YES / Oui       NO / 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 / Oui       NO / Non

**4 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 / Oui       NO / Non