

# 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)?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Fever   Fièvre</li><li>• Cough   Toux</li><li>• Difficulty breathing<br/>Difficulté à respirer</li><li>• Muscle aches   Douleurs musculaires</li><li>• Fatigue   Fatigue</li><li>• Headache   Mal de tête</li><li>• Sore throat   Mal de gorge</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Runny nose/ sneezing<br/>Écoulement nasal/éternuements</li><li>• Nasal congestion<br/>Congestion nasale</li><li>• Hoarse voice   Voix rauque</li><li>• Difficulty swallowing<br/>Difficulté à avaler</li><li>• Chills   Frissons</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Change in sense of smell/taste<br/>Modification du goût ou de l'odorat</li><li>• Gastrointestinal symptoms<br/>(e.g. nausea, vomiting and/or diarrhea)?<br/>Symptômes gastro-intestinaux<br/>(p. ex. nausée, vomissements<br/>ou diarrhée)</li></ul> |
|  |  | <input type="checkbox"/> YES / Oui <input type="checkbox"/> NO / Non   |

**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 / 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