

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 5 days, have you experienced one of the following: Fever and or Chills, Cough, Shortness of Breath/Difficulty Breathing, Decrease or Loss of taste or smell OR two or more of the following symptoms: Runny Nose/Nasal Congestion, Headache, Extreme Fatigue, Sore Throat, Muscle Aches/Joint Pain, Gastrointestinal Symptoms (ex. Nausea, Vomiting, Diarrhea).

YES NO
Oui Non

Au cours des 5 derniers jours, avez-vous ressenti l'un des symptômes suivants : fièvre et/ou frissons, toux, essoufflement/difficulté à respirer, diminution ou perte du goût ou de l'odorat OU au moins deux des symptômes suivants : écoulement nasal/congestion nasale, Maux de tête, fatigue extrême, mal de gorge, douleurs musculaires/articulaires, symptômes gastro-intestinaux (par exemple, nausées, vomissements, diarrhée).

2 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?

YES NO
Oui Non

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)?

3 In the last 10 days, have you tested positive for COVID-19 or are you waiting for test results because of symptoms?

YES NO
Oui Non

Au cours des 10 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?