

OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA COVID-19 - PATIENTS/VISITEURS

Pour des raisons de sécurité, toutes les personnes qui veulent entrer dans nos établissements doivent se soumettre au dépistage de la COVID-19.

Pour accélérer le processus :

- Imprimez ce formulaire et remplissez-le.
- Apportez-le à l'hôpital et montrez-le au préposé à l'entrée.

Vous êtes : un patient ____ un visiteur ____

A. Risque associé aux voyages

1. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours? Oui Non
2. Avez-vous été en contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19? Oui Non
3. Vous a-t-on dit que vous êtes atteint de la COVID-19? Oui Non

B. Maladie respiratoire aigüe

4. Avez-vous une toux nouvelle ou qui s'aggrave? Oui Non
5. Êtes-vous essoufflé ou avez-vous de la difficulté à respirer? Oui Non
6. Avez-vous eu une fièvre (37,8 °C ou plus) dans les 48 dernières heures? Oui Non
7. Ressentez-vous les symptômes suivants : (OUI si une ou plusieurs boîtes sont cochées)

<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Mal de tête	<input type="checkbox"/> Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Nausée ou vomissements	<input type="checkbox"/> Perte de goût ou de l'odorat
<input type="checkbox"/> Conjonctivite (œil rose)	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Douleur abdominale	<input type="checkbox"/> Difficulté à avaler	<input type="checkbox"/> Écoulement nasal ou congestion nasale	

Si vous avez répondu
NON à toutes les questions

RÉUSSITE

Si vous avez répondu
OUI à au moins **UNE** des questions

ÉCHEC



Message aux patients :

Portez un masque. Montrez ce message au préposé à l'entrée.



Nettoyez-vous les mains.



Sortez par la même porte que vous avez utilisée pour entrer.



Message aux patients :

Portez un masque. Montrez ce message au préposé à l'entrée



Nettoyez-vous les mains.



Sortez par la même porte que vous avez utilisée pour entrer.



Message aux visiteurs :

Si vous êtes un visiteur (et non un patient)
VOUS NE POUVEZ PAS ENTRER dans l'hôpital.

Signature : _____

Date : _____