

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

2 Have you traveled outside of Canada in the last 14 days?
Avez-vous voyagé 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