

# 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 symptoms:

Dans les derniers 5 jours, présentiez-vous l'un des symptômes suivants?

- **Fever and or Chills**  
Fièvre et ou Frissons
- **Cough | Toux**
- **Shortness of Breath/  
Difficulty breathing**  
Essoufflement / Difficulté à respirer
- **Decrease or Loss of taste  
or smell**  
Diminution ou perte de goût  
ou d'odeur

## OR two or more of the following symptoms:

OU deux ou plusieurs des symptômes suivants :

- **Runny Nose/Nasal Congestion**  
Nez qui coule/congestion nasale
- **Headache | Mal de tête**
- **Extreme Fatigue | Fatigue extreme**
- **Sore throat | Mal de gorge**
- **Muscle Aches/Joint Pain**  
Douleurs musculaires/douleurs articulaires
- **Gastrointestinal symptoms  
(e.g. nausea, vomiting and/or diarrhea)?**  
Symptômes gastro-intestinaux (p. ex. nausée,  
vomissements ou diarrhée)

YES  NO  
Oui Non

## 2 Have you had close contact, without personal protective equipment (PPE) with a confirmed or probable case of COVID-19 in the last 10 days?

Avez-vous été en contact étroit, sans port d'équipement de protection individuelle (EPI), avec un cas de COVID-19 confirmé ou probable dans les derniers dix jours. (en cours d'analyse)?

YES  NO  
Oui Non

## 3 In the last 10 days, have you been diagnosed with COVID-19 by a lab test or are you waiting for results of a lab test for COVID-19?

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?

YES  NO  
Oui Non