

Outil de dépistage de la COVID-19 – Patients externes et visiteurs

Date : _____

Nom : _____

Je suis un patient

Je suis un visiteur/une personne de soutien

Nom du patient à qui vous rendez visite : _____

NOTE : Vous devez remplir les deux côtés du formulaire.

1. Est-ce que vous OU une personne avec qui vous avez des contacts étroits avez voyagé à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours?

OUI

NON

2. Avez-vous eu des contacts étroits avec une personne qui était malade ou qui l'est devenue? (toux nouvelle ou qui s'aggrave, essoufflement, fièvre, frissons, faiblesse, douleurs musculaires, perte du goût ou de l'odorat, maux de tête, grand malaise?)

OUI

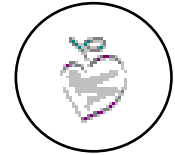
NON

3. Avez-vous eu des contacts étroits avec un cas confirmé de COVID-19?

OUI

NON

Remplissez les deux côtés du formulaire →



4. Avez-vous subi un test de dépistage de la COVID-19?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI à la question 4 :

Date du test (prélèvement) : _____

Résultat :

Positif Négatif **OU** En attente des résultats

5. Avez-vous AU MOINS UN des symptômes nouveaux ou inexpliqués suivants :

OUI NON

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> fièvre | <input type="radio"/> douleur abdominale |
| <input type="radio"/> toux | <input type="radio"/> nausée ou vomissements |
| <input type="radio"/> essoufflement | <input type="radio"/> conjonctivite (œil rouge) |
| <input type="radio"/> difficulté à respirer | <input type="radio"/> écoulement nasal/
éternuements |
| <input type="radio"/> mal de gorge | <input type="radio"/> congestion nasale |
| <input type="radio"/> voix rauque | <input type="radio"/> confusion |
| <input type="radio"/> difficulté à avaler | <input type="radio"/> chutes (sans raison) |
| <input type="radio"/> perte du goût | <input type="radio"/> difficulté à accomplir les
tâches habituelles |
| <input type="radio"/> perte de l'odorat | <input type="radio"/> aggravation de
problèmes existants |
| <input type="radio"/> frissons | |
| <input type="radio"/> maux de tête | |
| <input type="radio"/> fatigue | |
| <input type="radio"/> diarrhée | |

Si vous avez répondu OUI à l'une ou l'autre de ces questions, informez-en immédiatement le personnel chargé du dépistage ou l'infirmière affectée au triage.