

Coronavirus COVID-19

FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT / ACCOMPAGNATEUR DE 18 ANS ET PLUS

Nom de la personne dépistée : _____

Veillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur : Patient Accompagnateur

Nom du patient: _____

Au moment du dépistage effectué lors de votre confirmation téléphonique, vous nous avez confirmé que vous ne présentiez aucun signe ou symptôme relié à la COVID-19. S'il vous plaît, veuillez compléter, dater et signer ce questionnaire en date de votre rendez-vous pour reconfirmer que votre condition médicale n'a pas changé.

1-Avez-vous reçu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 ou une recommandation de passer un test de dépistage? Oui Non

1a-Si vous avez répondu oui à la question 1, êtes-vous considéré « rétabli » par la direction régionale de santé publique? Oui Non

2-Avez-vous la sensation d'être fiévreux, d'avoir des frissons comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38 °C (100,4 °F) ou supérieure à 37,8 °C ou 100,0 °F pour les personnes âgées? Oui Non

3-Avez-vous de la toux récente ou empirée depuis peu? Oui Non

4-Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé? Oui Non

5-Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût? Oui Non

6-Avez-vous au moins 2 des symptômes suivants? : Mal de tête, fatigue intense, douleurs musculaires (non liées à un effort physique), mal de gorge, perte d'appétit importante, nausées, vomissements, diarrhée ?
Oui Non

7- Avez-vous une condition de santé connue pouvant expliquer les symptômes rapportés ci-dessus?
Oui Non

Si oui, précisez : _____

8- Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou suspecté de la COVID-19? Oui Non

Date: _____

Signature: _____