

Coronavirus COVID-19

FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT / ACCOMPAGNATEUR DE 6 à 17 ans

Nom du jeune dépisté : _____

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

Patient Attendant

Nom du patient : _____

Au moment du dépistage effectué lors de votre confirmation téléphonique, vous nous avez confirmé que votre enfant ne présentait 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 38,1 °C (100,6 °F)? Oui Non

3-Avez-vous de la toux récente ou empirée depuis peu, de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé? Oui Non

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

5-Avez-vous des maux de ventre? Oui Non

6-Avez-vous des vomissements ou la nausée? Oui Non

7-Avez-vous des diarrhées? Oui Non

8-Avez-vous un mal de gorge? Oui Non

9-Avez-vous le nez qui coule ou de la congestion? Oui Non

10-Ressentez-vous une grande fatigue? Oui Non

11-Avez-vous une perte d'appétit importante? Oui Non

12-Avez-vous des douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique)? Oui Non

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

Si oui, précisez : _____

14-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: _____