

Coronavirus COVID-19

FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT / ACCOMPAGNATEUR DE 6 mois à 5 ans

Nom de la personne dépistée : _____

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-Est-ce que l'enfant a 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, est-ce que l'enfant est considéré « rétabli » par la direction régionale de santé publique? Oui Non

Est-ce que l'enfant présente les conditions suivantes :

2-Fièvre ($\geq 38,5$ °C ou 101,3 °F)? Oui Non

3-Symptômes respiratoires : toux (nouvelle ou aggravée), essoufflement, difficulté à respirer? Oui Non

4-Nez qui coule OU congestion OU mal de gorge ET fièvre modérée (entre 38,1°C et 38,4 °C ou entre 100,6 °F et 101,1 °F)? Oui Non

5-Mal de ventre OU vomissements OU diarrhée ET fièvre modérée (entre 38,1 °C et 38,4 °C ou entre 100,6 °F et 101,1 °F)? Oui Non

6-Est-ce que l'enfant a une condition de santé connue pouvant expliquer les symptômes rapportés ci-dessus? Oui Non

Si oui, précisez :

7-Est-ce que l'enfant a 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: _____