

## OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA COVID-19

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Température: \_\_\_\_\_ Heure d'arrivée: \_\_\_\_\_

Date de l'examen: \_\_\_\_\_

### Questions d'évaluation

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous testé positif pour la COVID-19 <u>ou</u> été en contact physique proche avec une personne qui a été testé positif pour la Covid-19 sans porter d'ÉPI (equipment de protection individual) au cours des 14 derniers jours? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous de la fièvre, une nouvelle toux, essoufflement ou difficulté à respirer?<br>(Ne s'applique pas si test COVID négatif dans les 14 derniers jours).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Présentez-vous actuellement l'un des symptômes suivants?  | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| Chronique aggravée de la toux  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aggravation de l'essoufflement   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mal de gorge   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté à avaler  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perte de sens du goût ou de l'odorat   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frissons   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mal de tête  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malaise/fatigue/douleurs musculaires inexplicables   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nausée/vomissement /diarrhée /douleur abdominale   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conjonctivite (Pink eye)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Écoulement nasal/nez bouché ou congestionné<br>(sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>70 ans ou plus - Présentez-vous l'un des symptômes suivants?</b>  | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| Délire   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faiblesse général aiguë  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nombre de chutes augmentées ou inexplicables   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détérioration de conditions chroniques   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Travaillez-vous dans un établissement de santé?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Habitez-vous dans un établissement de soins de longue durée ou une maison de retraite?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Flambée en cours Y  N