



PRÉCAUTIONS COVID-19 AUPRÈS DES VISITEURS ET PERSONNES PROCHES AIDANTES

Coordonnées

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : _____

Questionnaire relative au COVID-19

Avez-vous présentement un des symptômes suivants ?

Sensation d'être fiévreux, frissons, fièvre mesurée (buccale) égale ou supérieure à 38,1°C (100.6°F); Perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale (nez bouché), avec ou sans perte de goût; Toux récente ou toux chronique aggravée depuis peu; Difficulté respiratoire ou essoufflement; Mal de gorge; Nez qui coule ou congestion nasale (nez bouché) de cause inconnue.

Non Oui, Il faut retourner à votre domicile et ensuite communiquer avec le 1-877-644-4545

Avez-vous présentement deux des symptômes suivants ?

Mal de ventre; Nausées (maux de cœur), vomissements; Diarrhée; Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente; Perte d'appétit importante; Douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles (non liée à un effort physique); Mal de tête inhabituel.

Non Oui, Il faut retourner à votre domicile et ensuite communiquer avec le 1-877-644-4545

Selon les indications de la Santé Publique, avez-vous reçu l'information de vous isoler à la maison ?

Non Oui, vous devez retourner à votre domicile.

Avez-vous été en contact étroit avec un cas confirmé dans les 14 derniers jours ?

Non Oui, vous devez retourner à votre domicile.

Signature

Date

Heure

2021-10-15



COVID-19 PRECAUTIONS FOR VISITORS AND CAREGIVER

Contact information

Last name: _____ first name: _____

Phone number: _____

Visited resident: _____ Room: _____

COVID-19 questionnaire

Do you currently have any of the following symptoms?

Sensation of fever, chills, measured fever (mouth) equal to or greater than 38.1°C (100.6°F); Sudden loss of smell without nasal congestion (stuffy nose), with or without loss of taste; Recent or recently worsened chronic cough; Breathing difficulty or shortness of breath; Sore throat; Runny or stuffy nose (stuffy nose) of unknown cause

- No
- Yes, you must go back to your home and then contact the 1-877-644-4545.

Do you currently have two of the following symptoms?

Stomach-ache; Nausea (heartache), vomiting; Diarrhea; Unusual intense fatigue for no obvious reason; Significant loss of appetite; Unusual muscle pain or stiffness (not related to physical effort); Unusual headache.

- No
- Yes, you must go back to your home and then contact the 1-877-644-4545.

According to Public Health indications, have you received the information to confine yourself at home?

- No
- Yes, you must go back to your home.

Have you been in close contact with a confirmed case within the past 14 days?

- No
- Yes, you must go back to your home.

I agree to disinfect or wash my hands upon arrival, before and after any contact with a resident or their environment.

I declare that I have understood the preventives instructions applicable at Centre d'Accueil Marcelle-Ferron and I undertake to apply them.

Signature

Date

Time