

## Outil d'auto-évaluation de la COVID-19

Avant votre arrivée à l'hôpital, nous vous demandons de répondre aux questions ci-dessous.

Patients : si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessous, dites-le au membre du personnel à l'inscription.

Visiteurs et/ou partenaires de soins désignés : si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessous, ne vous rendez pas à l'hôpital.

### Question 1

Présentez-vous n'importe lequel des symptômes suivants qui sont nouveaux ou qui se sont aggravés, à l'exclusion de ceux qui sont liés à d'autres causes ou problèmes connus?

- Une fièvre de 37.8 °C ou plus ou des frissons?
- Diminution ou perte de goût ou d'odorat?
- Toux nouvelle ou toux chronique qui s'aggrave?
- Essoufflement?

### Question 2

Présentez-vous au moins deux des symptômes suivants de la COVID-19, à l'exclusion de ceux qui sont liés à d'autres causes ou problèmes connus?

- Mal de gorge?
- Nez qui coule ou congestion nasale?
- Fatigue extrême, léthargie ou sensation de malaise?
- Douleurs aux muscles ou aux articulations?
- Mal de tête?
- Nausées, vomissements ou diarrhée (symptômes gastro-intestinaux)?

### Question 3

Avez-vous obtenu un résultat positif au test de la COVID-19 au cours des 10 derniers jours?

### Question 4

Avez-vous eu un contact étroit avec une personne qui a la COVID-19 au cours des 10 derniers jours?

### Question 5

Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours et vous a-t-on avisé de vous mettre en quarantaine conformément aux exigences de quarantaine fédérales?