

**COVID-19 Active Screening: Patient / Designated Support Person / Visitor  
Access to Facilities**

1. Do you have **ONE** of the below symptoms?

- FEVER/SIGNS OF FEVER (e.g., chills, feeling cold, shivers, etc...)
- LOSS OF TASTE
- LOSS OF SMELL

**OR**

Do you have any **TWO** the below symptoms?

- NEW COUGH OR A COUGH THAT IS GETTING WORSE
- SHORTNESS OF BREATH
- SORE THROAT
- RUNNY NOSE/NASAL CONGESTION
- HEADACHE
- DIARRHEA
- LOSS OF APPETITE
- NEW ONSET OF MYALGIA (muscle pain)
- NEW ONSET OF FATIGUE
- PURPLE MARKINGS ON FINGERS OR TOES (for children)

2. Have you had close contact with a confirmed case of COVID-19 in the last 7 days?

3. Have you tested positive for COVID-19 within the past 10 days?

4. Have you travelled outside of Canada or the State of Maine in the last 7 days?

## Dépistage de la COVID-19 : Entrée des patients, personnes de soutien désignées et visiteurs dans les établissements

1. Avez-vous l'**UN** des symptômes suivants?

- FIÈVRE / SIGNES DE FIÈVRE (p. ex. frissons, sensation de froid, tremblements)
- PERTE DU GOÛT
- PERTE DE L'ODORAT

**OU**

Avez-vous **DEUX** des symptômes suivants?

- NOUVELLE TOUX OU TOUX QUI S'AGGRAVE
- ESSOUFFLEMENT
- MAL DE GORGE
- ÉCOULEMENT NASAL / CONGESTION NASALE
- MAL DE TÊTE
- DIARRHÉE
- PERTE D'APPÉTIT
- APPARITION DE DOULEURS MUSCULAIRES (myalgie)
- FATIGUE NOUVELLEMENT APPARUE
- TACHES MAUVES SUR LES DOIGTS OU LES ORTEILS (chez les enfants)

2. Avez-vous été en contact étroit avec un cas confirmé de la COVID-19 au cours des 7 derniers jours?

3. Avez-vous obtenu un résultat positif à la COVID-19 au cours des 10 derniers jours?

4. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ou de l'État du Maine au cours des 7 derniers jours?