

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?