



SELF-SCREENING REQUIRED

AUTODÉPISTAGE OBLIGATOIRE

In the last 10 days, have you had new onset of:
Au cours des 10 derniers jours, avez-vous noté l'apparition de l'un des symptômes suivants?



Fever/Chills
/Sweats
Fièvre,
frissons
ou sueurs



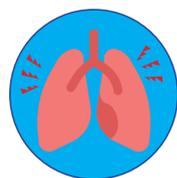
Loss of
taste/smell
Perte du
goût ou de
l'odorat



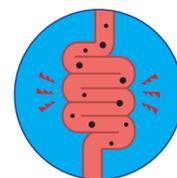
Cough
Toux



Sore throat
Mal de gorge



Difficulty
breathing
Difficulté
à respirer



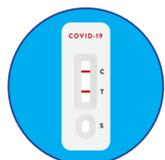
Vomiting/
Diarrhea
Vomissements
ou diarrhée



Runny nose/
Sneezing
Écoulement
nasal ou
éternuements



Unexplained
skin rash
Éruption
cutanée
inexpliquée



Have you tested positive for COVID-19 within the past 10 days?
Avez-vous obtenu un résultat positif à la COVID-19 au cours des 10 derniers jours?

If you are a patient and answered **yes** to any of the questions, put on a mask, clean your hands, go directly to your appointment and inform staff you have failed screening.

If you are a DSP and answered **yes** to any of the questions, please do not enter. Contact the nursing unit for further direction.

If you are a social visitor and answered **yes** to any of the questions, you are not permitted to enter the facility.

Si vous êtes un patient et que vous avez répondu « **oui** » à l'une des questions ci-dessus, rendez-vous directement à votre rendez-vous et avisez le personnel de vos réponses aux questions de dépistage.

Si vous êtes une PSD et que vous avez répondu « **oui** » à l'une des questions ci-dessus, veuillez ne pas entrer. Communiquez avec l'unité de soins infirmiers pour obtenir des directives.

Si vous êtes un visiteur social et que vous avez répondu « **oui** » à l'une des questions ci-dessus, vous ne pouvez pas entrer dans l'établissement.