

QUESTIONNAIRE COVID-19/ OUTIL DE DÉPISTAGE DES SYMPTÔMES

Service de Santé de l'Université Concordia

Répondre aux questions suivantes. Si vous répondez « Oui » à n'importe quelle question, informez une agente administrative à la réception que vous devez parler à une infirmière ou à un médecin au sujet de votre outil de dépistage.

Avez-vous un des symptômes suivants?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Fièvre, frissons ou vous sentez-vous fiévreux | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Perte soudaine de l'odorat (sans congestion nasale) avec ou sans perte du goût | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Toux (récente ou chronique qui s'aggrave) | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Difficulté à respirer ou essoufflements | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Mal de gorge | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Reçu un résultat positif de test COVID-19? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Reçu un avis de la santé publique vous demandant de vous isoler ou de vous mettre en quarantaine? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Voyagé à l'extérieur du Canada? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Été en contact avec un cas confirmé de COVID-19? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

Répondre à la question suivante. Si vous répondez « Oui » à 2 symptômes ou plus, informez une agente administrative à la réception que vous devez parler à une infirmière ou à un médecin au sujet de votre outil de dépistage.

Avez-vous un des symptômes suivants?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Mal de tête | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Fatigue intense de cause inconnue | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Douleur abdominale | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Nausée ou vomissement | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Diarrhée | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Douleur musculaire (sans rapport avec l'activité physique) | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Perte importante de l'appétit | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

Merci!

Dernière mise à jour: 30 juillet 2021