

Outil de dépistage de COVID-19

Si votre réponse est « OUI » à l'une des questions suivantes, veuillez ne pas entrer dans le bâtiment et contacter votre superviseur pour plus de renseignements. Merci !

1. Présentez-vous l'un des symptômes suivants de COVID-19 ?
 - a. Température égale ou supérieure à 100.0 °F ?
Sensation d'être fiévreux-euse ?
 - b. Symptômes respiratoires tels que : toux, maux de gorge, écoulement nasal, congestions nasales ou essoufflement ?
 - c. Symptômes généraux du corps non dus à une autre maladie chronique, tels que : fatigue, douleurs musculaires, douleurs articulaires ou maux de tête ?
 - d. Nausées, vomissements ou diarrhée ?
 - e. Changements dans le sens du goût ou de l'odorat ?
2. Avez-vous été en contact étroit avec des cas suspects ou confirmés de COVID-19 au cours des 14 jours précédents ?
(Note : les prestataires de soins de santé qui s'occupent de patients COVID-19 en portant tous les EPI appropriés doivent répondre « non »).
3. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous voyagé en dehors du New Hampshire, du Vermont, du Maine, du Massachusetts, du Connecticut ou du Rhode Island ?