

Required Screening Questions

1. Do you have any of the following new or worsening symptoms or signs?
Symptoms should not be chronic or related to other known causes or conditions.

Choose any/all that are new, worsening, and not related to other known causes or medical conditions.

Fever and/or chills Temperature of 37.8 degrees Celsius/100 degrees Fahrenheit or higher	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Cough or barking cough (croup) Continuous, more than usual, making a whistling noise when breathing, not related to other known causes or conditions (for example, asthma, post-infectious reactive airways, COPD)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Shortness of breath Out of breath, unable to breathe deeply, not related to other known causes or conditions (for example, asthma)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Decrease or loss of smell or taste Not related to other known causes or conditions (for example, allergies, neurological disorders)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Sore throat Not related to other known causes or conditions (for example, seasonal allergies, acid reflux)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Difficulty swallowing Painful swallowing, not related to other known causes or conditions	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Pink eye Conjunctivitis, not related to other known causes or conditions (for example, reoccurring styes)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Runny or stuffy/congested nose Not related to other known causes or conditions (for example, seasonal allergies, being outside in cold weather)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Headache that's unusual or long lasting Not related to other known causes or conditions (for example, tension-type headaches, chronic migraines)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Digestive issues like nausea/vomiting, diarrhea, stomach pain Not related to other known causes or conditions (for example, irritable bowel syndrome, menstrual cramps)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Muscle aches that are unusual or long lasting Not related to other known causes or conditions (for example, a sudden injury, fibromyalgia)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Extreme tiredness that is unusual Fatigue, lack of energy, not related to other known causes or conditions (for example, depression, insomnia, thyroid dysfunction)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Falling down often For older people	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

2. Have you travelled outside of Canada in the last 14 days?

Yes No

3. In the last 14 days, has a public health unit identified you as a close contact of someone who currently has COVID-19?

Yes No

4. Has a doctor, health care provider, or public health unit told you that you should currently be isolating (staying at home)?

Yes No

5. In the last 14 days, have you received a COVID Alert exposure notification on your cell?

If you already went for a test and got a negative result, select "No."

Yes No

Questions de dépistage requises

1. Avez-vous l'un des symptômes ou signes nouveaux ou aggravés suivants?
Les symptômes ne devraient pas être chroniques ni liés à d'autres causes ou problèmes de santé connus.

Cochez tous les symptômes qui sont nouvellement apparus ou qui s'aggravent et qui sont sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus.

Fièvre et (ou) frissons Température de 37,8 degrés Celsius / 100 degrés Fahrenheit ou plus	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Toux ou toux persistante (toux ressemblant à un aboiement) Toux continue, plus importante que d'habitude, faisant un bruit de sifflement en respirant, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme, affection respiratoire réactionnelle après infection, BPCO)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Essoufflement Manque de souffle, incapacité à respirer profondément, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., asthme)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Baisse ou perte de l'odorat ou du goût Sans liens avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., troubles neurologiques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mal de gorge Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., allergies saisonnières, reflux acide)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déglutition douloureuse Déglutition douloureuse, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Conjonctivite Conjonctivite, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., orgelets externes récurrents)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nez qui coule ou bouché ou congestionné Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., allergies saisonnières, exposition au froid)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux de tête inhabituels ou qui durent longtemps Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., céphalée dite de tension, migraines chroniques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<p>Problèmes digestifs comme les nausées/vomissements, la diarrhée et les maux d'estomac Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., syndrome du côlon irritable, crampes menstruelles)</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Douleurs musculaires inhabituelles ou qui durent longtemps Sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., lésion qui se manifeste brusquement, fibromyalgie)</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Fatigue extrême inhabituelle Fatigue ou manque d'énergie, sans lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., dépression, insomnie, troubles thyroïdiens)</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Chutes nombreuses Pour les personnes âgées</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

2. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?

Oui Non

3. Au cours des 14 derniers jours, un bureau de santé publique vous a-t-il identifié comme ayant eu un contact étroit avec une personne présentement atteinte de la COVID-19?

Oui Non

4. Un médecin, un fournisseur de soins de santé ou un bureau de santé publique vous a-t-il informé que vous devriez présentement être en isolement (rester à la maison)?

Oui Non

5. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous reçu une notification d'alerte d'exposition à la COVID-19 sur votre téléphone cellulaire?

Si vous avez déjà passé un test de dépistage et que votre résultat s'est révélé négatif, sélectionnez « Non »

Oui Non