



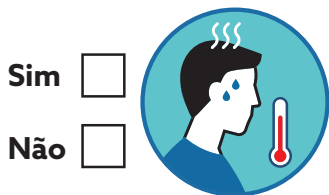
COVID-19

Favor responder às seguintes perguntas antes de começar a trabalhar hoje:

Nome: _____

Data: _____ Hora: _____

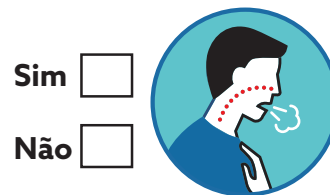
Você apresenta qualquer dos sintomas abaixo (novo ou pior)



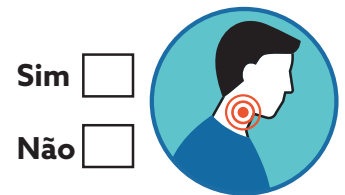
Febre



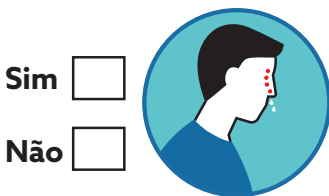
Tosse



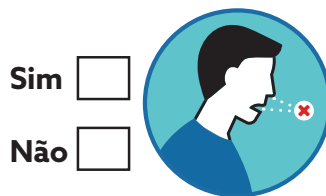
Dificuldade para respirar



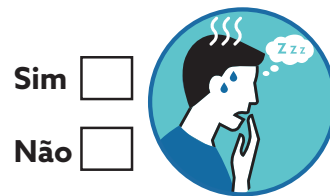
Dor de garganta, dificuldade para engulir



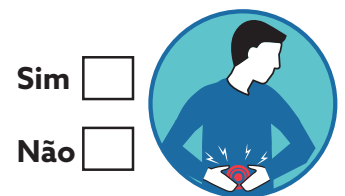
Coriza



Perda do olfato ou paladar



Não se sente bem



Náusea, vômito, diarreia

Sim Você teve contato próximo com alguém que foi confirmado ter COVID-19 nos últimos 14 dias, sem usar o EPI apropriado?
Não

Sim Você retornou de viagem fora do Canadá nos últimos 14 dias?
Não

Se respondeu SIM a qualquer dessas perguntas, vá para casa e auto-isole-se imediatamente. Chame a Telehealth ou seu cuidador de saúde para determinar se precisa fazer o teste.