

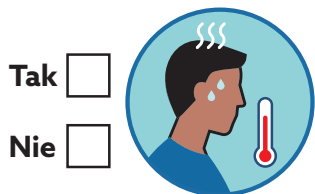


COVID-19

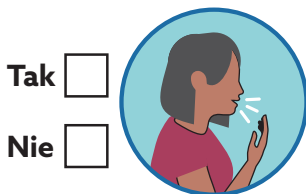
Proszę wypełnić przed rozpoczęciem pracy dzisiaj.

Imię nazwisko: _____ Data: _____ Czas: _____

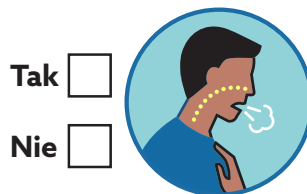
1.) Czy masz którykolwiek z poniższych nowych lub pogarszających się objawów lub oznak?*



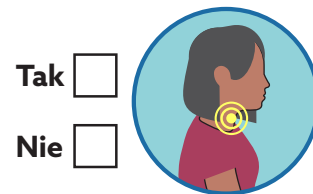
Gorączkę lub dreszcze



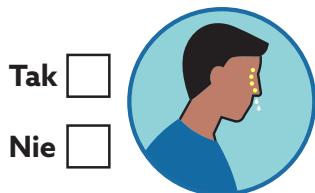
Kaszel



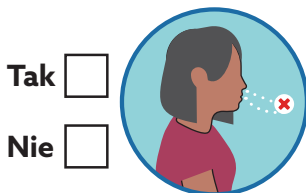
Trudności w oddychaniu lub duszność



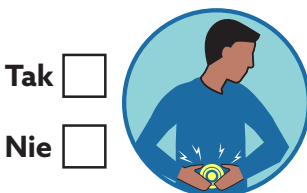
Ból gardła, trudności w połykaniu



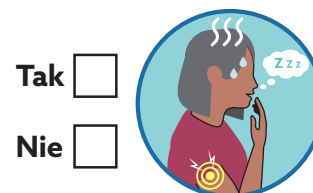
Katar/zatkany nos



Zmniejszenie lub utrata smaku lub zapachu



Nudności, wymioty, biegunkę



Złe samopoczucie, skrajne zmęczenie, ból mięśni

2.) Czy miałe/aś bliski kontakt z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem COVID-19 bez noszenia odpowiednich środków ochrony indywidualnej? Tak Nie

3.) Czy podróżowałe/aś poza Kanadę w ciągu ostatnich 14 dni? Tak Nie

*Jeśli masz istniejący stan zdrowia, który daje objawy, nie powinieneś odpowiadać TAK, chyba że objaw jest nowy, inny lub się pogarsza. Poszukaj zmian w normalnych objawach.

Jeśli odpowiedź brzmi TAK na którekolwiek z tych pytań, idź do domu i odizoluj się. Zadzwoń do Telehealth lub swojego lekarza, aby dowiedzieć się, czy potrzebujesz testu.

Jeśli odpowiedź na wszystkie z tych pytań brzmi NIE, oznacza to, że jesteś w porządku i możesz iść do pracy / uczestniczyć w zajęciach.

Poniższe pytania służą do sprawdzania pod kątem COVID-19 przed wejściem do miejsca pracy (firmy lub organizacji) zgodnie z rozporządzeniem Ontario 364/20. Mogą być również używane do innych czynności.

Polish