

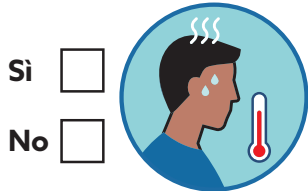


COVID-19

Completa il seguente modulo prima di iniziare a lavorare oggi.

Nome: _____ Data: _____ Orario: _____

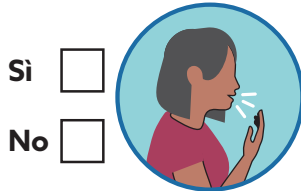
1.) Hai uno dei seguenti sintomi nuovi o in peggioramento? *



Sì

No

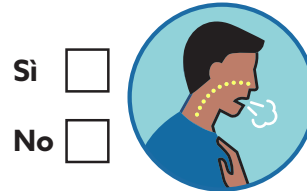
Febbre o brividi



Sì

No

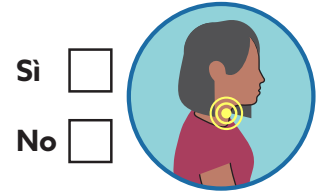
Tosse



Sì

No

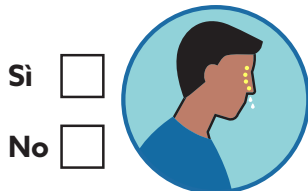
Difficoltà respiratoria o mancanza di respiro



Sì

No

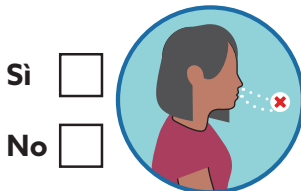
Mal di gola, difficoltà a deglutire



Sì

No

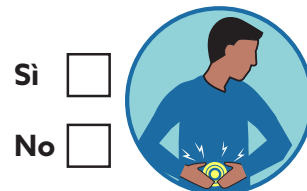
Naso chiuso/che cola



Sì

No

Diminuzione o perdita del gusto o dell'olfatto



Sì

No

Nausea, vomito, diarrea



Sì

No

Sensazione di malessere, estrema stanchezza, dolori muscolari

2.) Hai avuto contatto ravvicinato con un caso confermato o probabile di COVID 19 senza indossare DPI appropriati? Sì No

3.) Hai viaggiato al di fuori del Canada negli ultimi 14 giorni? Sì No

*Se soffri di condizioni di salute pre esistenti che ti danno i sintomi sopra elencati, non deve rispondere Sì, a meno che i sintomi sono nuovi, diversi o in peggioramento. Nota is cambiamenti rispetto ai tuoi normali sintomi.

Se hai risposto Sì a una qualsiasi di queste domande, vai a casa e auto-isolati. Chiama Telehealth, o il tuo medico, per sapere se hai bisogno di sottoporsi a un test.

Se hai risposto NO a tutte queste domande, hai superato e puoi andare al lavoro e partecipare alle tue attività.

Le seguenti domande sono utilizzate per i controlli di COVID-19 prima di entrare in un posto di lavoro (azienda o organizzazione) come da Ordinanza 364/20. Le stesse domande possono essere utilizzate per altre attività.

Italian