



COVID-19

Будь ласка, заповніть, перш ніж починати працювати сьогодні.

Имя: _____ Дата: _____ Время: _____

1) Чи маєте ви якісь нові симптоми з тих, що наведені нижче, або симптоми, які погіршуються?*

Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
	Висока температура або		Кашель		Утруднене дихання або задишка		Біль у горлі, боляче ковтати
Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
	Закладений ніс / нежить		Зниження або втрата відчуття смаку або нюху		Нудота, блювота, діарея		Погане самопочуття, дуже сильна втома, біль у м'язах

2) Чи перебували ви в тісному контакті з кимось, в кого був підтверджений або підозрюється COVID-19, без відповідних ЗІЗ? Да Нет

3) Чи виїздили ви за межі Канади протягом минулих 14 днів? Да Нет

*Якщо ви маєте інше захворювання з аналогічними симптомами, не треба відповідати «ТАК», окрім випадків, коли з'являються нові, інші симптоми, або наявні симптоми погіршуються. Звертайте увагу на зміну ваших звичайних симптомів.

Якщо ви відповіли «ТАК» на будь-яке з цих запитань, повертайтеся додому та самоізолюйтеся. Зателефонуйте до служби Telehealth або своєму лікарю, щоб дізнатися, чи потрібно вам пройти тест.

Якщо на всі ці запитання ви відповіли «НІ», то ви можете йти на своє робоче місце/братися до роботи.

Наступні запитання використовуються для скринінга на COVID-19 до прибуття на робоче місце (на підприємстві або в організації) відповідно до вимог Розпорядження Онтаріо 364/20. Їх також можна використовувати й для інших дій.