

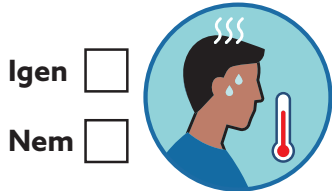


COVID-19

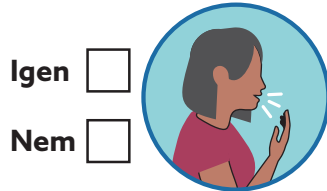
Töltse ki, mielőtt ma hozzákezdené a munkájához.

Név: _____ Dátum: _____ Időpont: _____

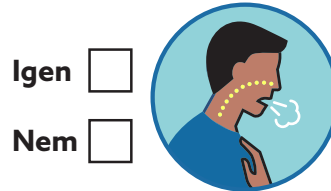
1.) Fennállnak-e Önnél a következő új vagy rosszabbodó tünetek?*



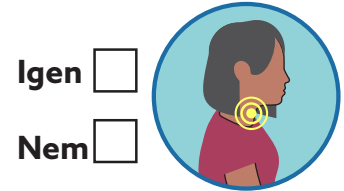
Láz vagy hidegrázás



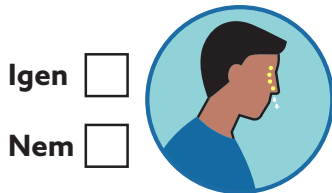
Köhögés



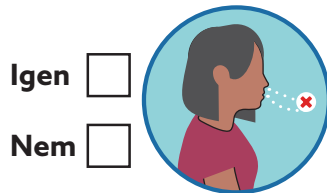
Nehézlégzés vagy légszomj



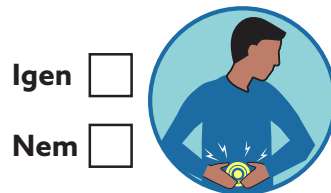
Torokfájás, nyelési nehézség



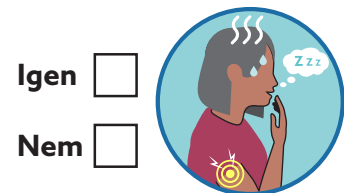
Orrfolyás/orrdugulás



Az ízérzékelés vagy szaglás csökkenése vagy elvesztése



Hányinger, hányás, hasmenés



Rossz közérzete, extrém fáradtság, izomfájdalom

2.) Volt-e közeli kapcsolatban egy megerősített vagy esetleges COVID-19-ben szenvedővel a nélkül, hogy megfelelő személyes védőfelszerelést viselt volna? Igen Nem

3.) Utazott Kanadán kívülre az elmúlt 14 napban? Igen Nem

*Ha olyan egészségügyi problémája van jelenleg, ami ezeket a tüneteket okozza, akkor ne válaszoljon az IGENNEL, hacsak a tünetek nem újak, eltérőek vagy rosszabbodnak. Figyelje a normal tüneteitől eltérőket.

Ha a válasz IGEN ezen kérdések bármelyikére, menjen haza és különítse el magát. Hívja fel a Telehealth-et vagy egészségügyi szolgálatóját, hogy megtudja, hogy szükséges-e a teszt elvégzése.

Ha NEM a válasz az összes kérdésre, akkor megfelelt és mehet munkába/elvégezheti tevékenységeit.

A következő kérdéseket használják a COVID-19-es szűrésére a munkahelyre (vállalat vagy szervezet) való belépés előtt a 364/20-as számú Ontariói Rendszabály szerint. Egyéb tevékenységekre is használható.

Hungarian