

COVID-19 Active Screening: Patient / Visitor Access to Facilities

1. **For Designated Support Persons (DSPs) only:** Are you fully vaccinated with an approved COVID-19 vaccine and it has been at least 14 days since your second dose?
2. Do you have **ONE** of the below symptoms?
 - FEVER/SIGNS OF FEVER (e.g., chills, feeling cold, shivers, etc...)
 - LOSS OF TASTE
 - LOSS OF SMELL

OR

Do you have any **TWO** the below symptoms?

- NEW COUGH OR A COUGH THAT IS GETTING WORSE
 - SHORTNESS OF BREATH
 - SORE THROAT
 - RUNNY NOSE/NASAL CONGESTION
 - HEADACHE
 - DIARRHEA
 - LOSS OF APPETITE
 - NEW ONSET OF MYALGIA (muscle pain)
 - NEW ONSET OF FATIGUE
 - PURPLE MARKINGS ON FINGERS OR TOES (for children)
3. Have you had close contact with a confirmed case of COVID-19 in the last 14 days?
 4. Have you tested positive for COVID-19 within the past 10 days?
 5. Have you entered New Brunswick from outside of the Atlantic provinces (New Brunswick, Nova Scotia, PEI, Newfoundland and Labrador), **or** the Avignon and Témiscouata Regional Counties and Listuguj First Nation in Quebec in the last 14 days?
 6. Are you a resident of Campobello Island who has been admitted to a hospital in the US in the past 14 days?
 7. Are you aware that you may have been exposed to COVID-19 within the past 14 days?
 8. Are you a resident of, or do you live in, a Special Care Home, Long-Term Care Facility, Homeless Shelter, Group Home or Rooming House?

Dépistage de la COVID-19 : Entrée des patients et visiteurs dans les établissements

1. **Dans le cas de personnes de soutien désignées (PSD) seulement** : Avez-vous reçu deux doses d'un vaccin contre la COVID-19 approuvé et avez-vous reçu la deuxième dose il y a au moins 14 jours?
2. Avez-vous l'**UN** des symptômes suivants?
 - FIÈVRE / SIGNES DE FIÈVRE (p. ex. frissons, sensation de froid, tremblements)
 - PERTE DU GOÛT
 - PERTE DE L'ODORAT

OU

Avez-vous **DEUX** des symptômes suivants?

- NOUVELLE TOUX OU TOUX QUI S'AGGRAVE
 - ESSOUFFLEMENT
 - MAL DE GORGE
 - ÉCOULEMENT NASAL / CONGESTION NASALE
 - MAL DE TÊTE
 - DIARRHÉE
 - PERTE D'APPÉTIT
 - APPARITION DE DOULEURS MUSCULAIRES (myalgie)
 - FATIGUE NOUVELLEMENT APPARUE
 - TACHES MAUVES SUR LES DOIGTS OU LES ORTEILS (chez les enfants)
3. Avez-vous été en contact étroit avec un cas confirmé de la COVID-19 au cours des 14 derniers jours?
 4. Avez-vous obtenu un résultat positif à la COVID-19 au cours des 10 derniers jours?
 5. Êtes-vous entré au Nouveau-Brunswick en provenance de l'extérieur des provinces de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard ou Terre-Neuve-et-Labrador) ou des MRC d'Avignon ou de Témiscouata ou de la Première Nation de Listuguj au Québec au cours des 14 derniers jours?
 6. Habitez-vous sur l'île Campobello et avez-vous été hospitalisé aux États-Unis au cours des 14 derniers jours?
 7. Vous a-t-on avisé que vous avez potentiellement été exposé à la COVID-19 au cours des 14 derniers jours?
 8. Habitez-vous dans un foyer de soins spéciaux, un établissement de soins de longue durée, un refuge pour sans-abri, un foyer de groupe ou une maison de chambres?