

COVID-19 HEALTH SCREENING

NOTICE

By entering these premises, I am confirming:

- 1 I have attested that it has been at least 14 days since receiving the full series of a vaccine or a combination of vaccines accepted by the Government of Canada.
- 2 That I have read and understood GWLRA Residential's COVID-19 Health Screening Questionnaire as stated **below** and I am able to enter the premises.

1 Are you, or anyone you live with, currently experiencing one or more of the symptoms below that are new or worsening? (Select "No" if symptoms are chronic or related to other known causes or conditions.)



a. Cold or flu symptoms (fever or chills, cough, sore throat, runny nose, extreme fatigue, sore muscles)

YES
 NO



b. Difficulty breathing or shortness of breath

YES
 NO



c. Decrease or loss of smell or taste

YES
 NO



d. Nausea, vomiting, diarrhea, abdominal pain

YES
 NO

2 In the last 14 days have you travelled outside of Canada AND been advised to quarantine

(as per federal quarantine requirements)?

(Select "No" if you are exempt from federal quarantine as per Group Exemptions, Quarantine Requirements under the Quarantine Act.)

YES
 NO

3

In the last 10 days, have you had close contact with a confirmed case of COVID-19, or has a doctor, health care provider or public health unit told you that you should currently be isolating?

YES
 NO

4

In the last 10 days, have you received a COVID Alert exposure notification?

(Select "No" if:

- You have since tested negative on a lab-based PCR test, or
- You are fully vaccinated, or
- Have tested positive for COVID-19 in the last 90 days and since been cleared by your local public health authority.)

YES
 NO

5

In the last 10 days, have you tested positive on a rapid antigen test or a home-based self-testing kit?

(Select "No" if you have since tested negative on a lab-based PCR test.)

YES
 NO

6

Are you, or anyone you live with, waiting for COVID-19 testing results?

YES NO



If you answer **NO** to all questions 1 through 6, you have passed and can enter the premises.



If you answer **YES** to any of the above questions from 1 through 6, you have **not** passed. **DO NOT ENTER.**

You are expected to be aware of and comply with all local public health guidelines and directives.

Thank you for helping us keep our communities safe!



QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE

En me présentant à un bureau, je confirme ce qui suit:

1 J'ai attesté qu'au moins 14 jours se sont écoulés depuis la réception de la série complète d'un vaccin ou d'une combinaison de vaccins acceptés par le gouvernement du Canada.

2 Je reconnais avoir lu et compris le questionnaire de dépistage de la COVID-19 de GWLRA, tel qu'il figure ci-dessous, et je peux entrer sur les lieux.

1 Est-ce que vous ou quelqu'un avec qui vous vivez ressentez actuellement un ou plusieurs des symptômes ci-dessous ou une aggravation de ceux-ci?
(Répondez « Non » s'il s'agit de symptômes chroniques ou associés à une autre cause ou à un autre état de santé connus.)



a. Symptômes du rhume ou de la grippe (fièvre ou frissons, toux, mal de gorge, nez qui coule, fatigue extrême, douleurs musculaires)

OUI
 NON



b. Difficulté à respirer ou essoufflement

OUI
 NON



c. Baisse ou perte de l'odorat ou du goût

OUI
 NON



d. Nausée, vomissements, diarrhée ou douleurs abdominales

OUI
 NON

2 Au cours des 14 derniers jours, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ET reçu la consigne de vous mettre en quarantaine (conformément aux exigences fédérales de mise en quarantaine)?
(Répondez « Non » si vous êtes exempté(e) de quarantaine conformément aux exemptions de groupe en vertu de la Loi sur la mise en quarantaine prévues par le gouvernement fédéral.)

OUI
 NON

3 Au cours des dix derniers jours, avez-vous eu un contact rapproché avec un cas confirmé de COVID-19? Ou est-ce qu'un médecin, un prestataire de soins de santé ou le service de santé publique de votre région vous a conseillé de vous isoler?

OUI
 NON

4 Au cours des dix derniers jours, avez-vous reçu une notification de 'application Alerte COVID vous informant que vous avez été en contact avec quelqu'un qui a reçu un diagnostic de COVID-19?

(Répondez « Non » si :

- vous avez depuis reçu un résultat négatif à un test par PCR effectué en laboratoire, ou
- vous êtes entièrement vacciné(e), ou
- vous avez reçu un diagnostic de COVID-19 au cours des 90 derniers jours et avez depuis été déclaré(e) guéri(e) par les autorités de santé publique de votre région.)

OUI
 NON

5 Au cours des dix derniers jours, avez-vous reçu un résultat positif à un test rapide de dépistage des antigènes ou à un test de dépistage effectué à domicile?

(Répondez « Non » si vous avez depuis reçu un résultat négatif à un test par PCR effectué en laboratoire.)

OUI
 NON

6 Est-ce que vous ou quelqu'un avec qui vous vivez êtes en attente d'un résultat d'un test de dépistage de la COVID-19

OUI
 NON



Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions (1 à 6), vous pouvez entrer sur les lieux



Si vous avez répondu **OUI** à l'une ou l'autre des questions (1 à 6), **n'entrez pas sur les lieux.**

Vous devez connaître et respecter les protocoles en matière de sécurité de GWLRA ainsi que toutes les directives et lignes directrices locales en matière de santé publique.

Merci de nous aider à garder nos locaux sécuritaires!