

COVID-19 SCREENING CHECKLIST

1. Do you have at least two of the following symptoms: fever, signs of a fever (feeling hot or chills), a new or worsening chronic cough, sore throat, a runny nose, a headache, new onset fatigue, new onset muscle pain, diarrhea, loss of taste or loss of smell?

- Yes
- No
- Body temperature confirmed with infrared thermometer (if applicable)

2. Have you traveled outside of New Brunswick within the last 14 days?

- Yes
- No

3. Have you had close contact with a confirmed or probable COVID-19 case?

- Yes
- No

4. Have you had close contact in the last 14 days with a person being tested for COVID-19?

- Yes
- No

If the individual answers **NO** to all questions, they have passed the screening and can enter the workplace.

If the individual answers **YES** to any of the screening questions, or refuses to answer, then they have failed the screening and cannot enter the workplace.

LISTE DE CONTROLE POUR LE DÉPISTAGE DE LA COVID-19

1. Avez-vous au moins deux des symptômes suivants : fièvre au-dessus de 38 C ou signes de fièvre (sensation de chaleur or frissons), nouvelle toux ou toux chronique qui s'aggrave, mal de gorge, écoulement nasal, mal de tête, fatigue nouvellement apparue, nouvelles douleurs musculaires, diarrhée, perte du goût ou perte de l'odorat ?

- Qui
- Non
- Température du corps confirmée au moyen d'un thermomètre à infrarouges (si cela s'applique)

2. Êtes-vous revenu d'un trajet à l'extérieur du Nouveau-Brunswick ou à l'extérieur du Canada dans les derniers 14 jours ?

- Qui
- Non

3. Avez-vous été en contact étroit dans les derniers 14 jours avec un cas confirmé de la COVID-19 ?

- Qui
- Non

4. Avez-vous été en contact étroit dans les derniers 14 jours avec un testé pour la COVID-19 ?

- Qui
- Non

Si la personne a répondu « **NO** » a toutes les questions, elle peut entrer dans le bâtiment.

Si la personne a répondu « **QUI** » a l'une des questions ou refuse de répondre aux questions, elle ne peut pas entrer dans le bâtiment.