

DATE DE L'EXAMEN : _____

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT : _____

NUMÉRO DE LA VISITE : _____

Veillez répondre honnêtement aux questions suivantes :

Please answer honestly the following questions:

Est-ce que vous avez voyagé à l'extérieur du Québec dans les 14 derniers jours ? OUI / Yes NON / No
In the last 14 days, did you travel outside the Province of Quebec?

Est-ce que vous faites de la fièvre, toussiez ou présentez des problèmes respiratoires, ou avez eu l'un de ces symptômes dans les 14 derniers jours? OUI / Yes NON / No
Do you presently have or did you have a fever, cough and/or respiratory problems in the last 14 days?

Est-ce que quelqu'un dans votre domicile a voyagé à l'extérieur du Québec dans les 14 derniers jours? OUI / Yes NON / No
In the last 14 days, did someone in your home travel outside the Province of Quebec?

Est-ce que quelqu'un dans votre domicile fait de la fièvre, toussent ou présente des problèmes respiratoires, ou a eu l'un de ces symptômes les 14 derniers jours? OUI / Yes NON / No
Does someone in your home presently have or did have a fever, cough and/or respiratory problems in the last 14 days?

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, veuillez préciser:

If you answered yes to one of the questions, please explain:

J'affirme que les réponses fournies sont véridiques.

Dans le contexte actuel de la pandémie à la COVID-19, je comprends qu'étant donné la nature des services offerts par la clinique de radiologie Varad et de la proximité nécessaire pour offrir ces services, toute fausse déclaration de ma part pouvant nuire à la santé et à la sécurité des employés ou des autres patients peut être passible de poursuite.

I confirm that the answers provided are true.

In the current context of the COVID-19 pandemic and given the nature of the services rendered by Radiologie Varad clinic and the proximity required by those services, I understand that any false declaration on my part that could harm the health and safety of its employees or other patients is liable to prosecution.

Signature _____

Date _____