

Hemodialysis Patient Screening Questionnaire for Influenza-like Illness/COVID-19 (Arabic)

► Please complete for every patient at every HD visit prior to the patient's entry into the HD unit.

Date: _____

PATIENT INFORMATION LABEL

Name: _____

Address: _____

Phone: _____

Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____

PHN: _____

On arrival, ask the patient each of the following 5 questions:

هل المريض: Does the patient:	نعم Yes	لا No	Staff Initial
1. لديه درجة حرارة تساوي أو أكثر من 37.5م أو بلغ أن لديه حمى؟ Have a temperature ≥ 37.5 or self-reported fever?			
2. لديه التهاب في الحلق؟ Have a sore throat?			
3. لديه سعال جديد أو ساء (مقارنة بما كان لديهم سابقاً)؟ Have a new or worsening cough (compared to their baseline)?			
4. لديه صعوبة في التنفس/ضيق في النفس (مقارنة بما كان لديهم سابقاً)؟ Have difficulty breathing/shortness of breath (compared to their baseline)?			
5. أبلغ أنه كان على اتصال وثيق بشخص معروف أن لديه كوفيد-19 أو مشتبه أن يكون حامل الفيروس خلال الـ 14 يوماً الماضيين؟ Report close contact with a known or suspected COVID-19 positive person within the past 14 days?			

خلال عملية الفحص الأولية، هل ذكر المريض أي أعراض أخرى (ضع علامة على كل ما ينطبق)
During the screening process, did the patient mention any other symptoms (check all that apply):

ألم عضليّ Myalgia	<input type="checkbox"/>	ألم في البطن Abdominal pain	<input type="checkbox"/>
تَوَعُّك Malaise	<input type="checkbox"/>	إسهال Diarrhea	<input type="checkbox"/>
صُدَاع Headache	<input type="checkbox"/>	غَثْيَان/ قَيْء Nausea/vomiting	<input type="checkbox"/>
عُطَّاس Sneezing	<input type="checkbox"/>	فقدان التذوق أو الشمّ Loss of taste or smell	<input type="checkbox"/>
رشح الأنف/احتقان الانف Runny nose/nasal congestion	<input type="checkbox"/>	فقدان الشهية Loss of appetite	<input type="checkbox"/>
قشعريرة Chills	<input type="checkbox"/>	عرض آخر جديد (رجاء التحديد) _____ Other new symptom (Please specify)	

► If the answer to at least 1 question above is “yes”, please place the form in the designated box.