

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

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

PATIENT INFORMATION LABEL

Name: _____

Address: _____

Phone: _____

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

PHN: _____

Date: _____

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

| ਸਵਾਲ Does the patient: | ਹਾਂ Yes | ਨਾਂਹ No | ਸਟਾਫ ਦਸਤਖਤ Staff Initial |
|--|------------|------------|-----------------------------|
| 1. ਕੀ 37.5 ਡਿਗਰੀ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਂ ਅਪਣੇ ਆਪ ਹੋਇਆ ਬੁਖਾਰ ਹੈ ? Have a temperature ≥ 37.5 or self-reported fever? | | | |
| 2. ਗਲਾ ਖਰਾਬ ਹੈ? Have a sore throat? | | | |
| 3. ਨਵੀਂ ਜਾਂ ਪੁਰਾਣੀ ਖਾਂਸੀ ਵਧੀ ਹੈ? (ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ) Have a new or worsening cough (compared to their baseline)? | | | |
| 4. ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ /ਸਾਹ ਚੜਨਾ (ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ) Have difficulty breathing/shortness of breath (compared to their baseline)? | | | |
| 5. ਕਿਸੇ ਕੋਵਿਡ-19 ਸ਼ੱਕੀ ਜਾਂ ਪਾਜ਼ਿਟਿਵ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਪਿਛਲੇ 14 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਸੰਪਰਕ ਵਿਚ ਆਏ? Report close contact with a known or suspected COVID-19 positive person within the past 14 days? | | | |

ਜਾਂਚ ਸਮੇਂ, ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕੋਈ ਲੱਛਣਾਂ ਬਾਰੇ ਦਸਿਆ (ਜਿਨੇ ਵੀ ਹਨ ਸਭ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

During the screening process, did the patient mention any other symptoms (check all that apply):

| | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| ਮਾਇਗ੍ਰੇਲੀਆ Myalgia | <input type="checkbox"/> | ਪੇਟ ਦਰਦ Abdominal pain | <input type="checkbox"/> |
| ਬੀਮਾਰੀ Malaise | <input type="checkbox"/> | ਦਸਤ Diarrhea | <input type="checkbox"/> |
| ਸਿਰ ਦਰਦ Headache | <input type="checkbox"/> | ਜੀ ਕੱਚਾ ਹੋਣਾ/ਉਲਟੀਆਂ Nausea/vomiting | <input type="checkbox"/> |
| ਛਿੱਕਾਂ Sneezing | <input type="checkbox"/> | ਸਵਾਦ ਤੇ ਸੁੰਘਣ ਸਮਰਥਾ ਘਟ ਹੋਣਾ Loss of taste or smell | <input type="checkbox"/> |
| ਨਕ ਵਗਣਾ/ਨਕ ਬੰਦ Runny nose/nasal congestion | <input type="checkbox"/> | ਭੁੱਖ ਘਟਣੀ Loss of appetite | <input type="checkbox"/> |
| ਠੰਡ ਲੱਗਣੀ Chills | <input type="checkbox"/> | ਹੋਰ ਨਵੇਂ ਲੱਛਣ (ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਦੱਸੋ) _____ Other new symptom (Please specify) | |

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