



Access to Information & Privacy Division

340 Laurier Avenue West
Ottawa, Ontario
K1A 0P9

Your file Votre référence

Our file Notre référence
A-2020-00372

Kevin Walby
Centennial Hall
515 Portage Avenue, 3rd floor
Winnipeg, Manitoba R3B 2E9

Dear Kevin Walby:

This is in response to your request submitted under the *Access to Information Act* on January 14, 2021 for the following information:

**“Timeframe (pre-pandemic planning):
5 January 2020 (WHO Disease Outbreak News) to 1 March 2020
COVID Screening Procedures
I am requesting standing orders and policy directives documenting
correctional institution COVID-19 screening procedures for prisoners,
prison staff, oversight body officials, lawyers, and volunteers. ”**

The review of the information you requested is now complete. I am pleased to release it to you in its entirety. No exemptions or exclusions have been applied pursuant to the *Access to Information Act*. This completes the processing of your request.

Please be advised that you are entitled to lodge a complaint to the Information Commissioner concerning the processing of your request within sixty days of the receipt of this notice. In the event you decide to avail yourself of this right, your notice of complaint should be addressed to: Information Commissioner of Canada, 30 Victoria Street, Gatineau, Québec K1A 1H3.

Should you have any questions, please do not hesitate to contact Kim Girard at (613) 290-6151.

Sincerely,

Stéphane Brisson
Director

Encl.: 6 pages



Correctional Service
 Canada

Service correctionnel
 Canada

FOR VISITORS

1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you have a fever or persistent cough or difficulty breathing?
If yes then:		
<ul style="list-style-type: none"> • Instruct the visitor to return home and contact local public health or their physician for further instructions. • Advise the visitor that they are not to return to the site for 14 days without clearance from the public health. 		
IF NO:		
2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you travelled to one of the following countries? China, France, Germany, Hong Kong, Iran, Italy, Japan, Singapore, South Korea or Spain?
3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you had close contact with someone who has been tested for COVID-19?
4.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you been in close contact with a person with acute respiratory illness who has travelled outside Canada?
If yes to one of #2 to 4, then:		
<ul style="list-style-type: none"> • Instruct the visitor to return home and contact local public health or their physician for further instructions; • Advise the visitor that they are not to return to the site for 14 days without clearance from the public health. 		



POUR VISITEURS

1.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Est-ce-que vous faites de la fièvre ou avez une toux persistante ou de la difficulté à respirer?
----	--	--

Si oui alors:

- Aviser le visiteur de retourner à la maison et contacter la santé publique locale ou leur médecin pour de plus ample instructions.
- Aviser le visiteur de ne pas retourner à l'établissement avant 14 jours sans avoir reçu une confirmation de la santé publique.

SI NON :

2.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous voyager dans un des pays suivant? Chine, France, Allemagne, Hong Kong, Iran, Italie, Japon, Singapour, Corée du Sud ou Espagne?
----	--	---

3.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous été près d'une personne qui a été testé pour le COVID-19?
----	--	---

4.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous été en contact étroit avec une personne avec les problèmes respiratoires sévère qui a voyagé à l'extérieur du Canada?
----	--	---

Si oui à l'une des #2 à 4, alors:

- Aviser le visiteur de retourner à la maison et contacter la santé publique locale ou leur médecin pour de plus ample instructions;
- Aviser le visiteur de ne pas retourner à l'établissement avant 14 jours sans avoir reçu une confirmation de la santé publique.



Correctional Service
Canada

Service correctionnel
Canada

PROTECTED **B** ONCE COMPLETED

PERSONAL INFORMATION BANK

COVID-19 SCREENING FORM FOR USE BY HEALTHCARE		SEND FORM TO HEALTH CARE	
		FPS Number (if possible):	
		Family name:	
		Given name(s):	
		Date of birth:	
Region:	Institution:	Date Completed:	

A. Is the person presenting with:		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fever or cough or difficulty breathing?	Date of symptom onset (YYYY/MM/DD)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	New onset of cough (or exacerbation of chronic cough)?	Date of symptom onset (YYYY/MM/DD)
B. In the 14 days before onset of illness, has the patient:		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Traveled outside Canada?	Date of travel (YYYY/MM/DD)
		Date of return (YYYY/MM/DD)
If YES to A and B, Call Public Health		
C. If yes to any of the above → In the 14 days before onset of illness, has the patient:		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Had close contact with a confirmed case or case under investigation of COVID-19?	Date of contact (YYYY/MM/DD)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Had close contact with a person with acute respiratory illness who has travelled within 14 days prior to their illness onset to one of the countries above?	Date of contact (YYYY/MM/DD)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Had laboratory exposure to biological material known to contain COVID-19 (for example, testing specimens in a laboratory setting)?	Date of exposure (YYYY/MM/DD)
If YES to any one C, Call Public Health		
<input type="checkbox"/> Yes Assess and follow the protocol for COVID 19	<input type="checkbox"/> No	

Personal information will be protected under the provision of the Privacy Act. The information is stored in the Standard Bank # 060.
 Original: Copy Offender Health file



Correctional Service
 Canada

Service correctionnel
 Canada

PROTÉGÉ **B** UNE FOIS REMPLI

POUR DÉTENUS

DÉTENUS FORMULAIRE D'ÉVALUATION de COVID-19 pour utilisation par les Opérations		ENVOYER LE FORMULAIRE AUX SOINS DE SANTÉ	
		Numéro FPS (si possible):	
Région:		Nom de Famille:	
Établissement:		Prénom(s) :	
		Date de l'évaluation:	
1.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Est-ce-que tu fais de la fièvre ou une toux persistante ou de la difficulté à respirer?	
Si oui, alors: <ul style="list-style-type: none"> Remettre un masque et placer le détenu dans une cellule à occupation simple jusqu'à ce qu'il soit évalué par un professionnel de la santé. 			
Si non :			
2.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada?	
3.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous été près d'une personne qui a été testé pour le COVID-19?	
4.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous été en contact étroit avec une personne avec les problèmes respiratoires sévère qui a voyagé à l'extérieur du Canada?	
Si oui à l'une des trois questions, alors : <ul style="list-style-type: none"> Remettre un masque et placer le détenu dans une cellule à occupation simple jusqu'à ce qu'il soit évalué par un professionnel de la santé. 			



Correctional Service
 Canada

Service correctionnel
 Canada

PROTECTED **B** ONCE COMPLETED

FOR INMATES

INMATES COVID-19 BRIEF SCREENING for use by Operations		SEND FORM TO HEALTH CARE	
		FPS Number (if possible):	
Region:		Family name:	
Institution:		Given name(s):	
		Date Completed:	

1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you have a fever or persistent cough or difficulty breathing?
----	---	--

If yes then:

- Provide with mask and place inmate in a single occupancy cell until they can be assessed by healthcare

If no:

2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you traveled outside Canada?
----	---	-----------------------------------

3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you had close contact with someone who has been tested for COVID-19?
----	---	---

4.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you been in close contact with a person with acute respiratory illness who has travelled outside Canada?
----	---	---

If yes to any of the three questions, then:

- Provide with mask and place inmate in a single occupancy cell until they can be assessed by healthcare



Correctional Service
 Canada

Service correctionnel
 Canada

PROTÉGÉ **B** UNE FOIS REMPLI

FICHER DE RESEIGNEMENT PERSONNELS

FORMULAIRE D'ÉVALUATION de COVID-19 POUR UTILISATION PAR LES SERVICES DE LA SANTÉ		ENVOYER LE FORMULAIRE AUX SOINS DE SANTÉ	
		Numéro FPS (si possible):	
Région:		Nom de Famille:	
Établissement:		Prénom(s):	
		Date de naissance:	
		Date de l'évaluation:	

A. La personne se présente-t-elle :

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fièvre ou toux ou difficulté respiratoire?	Date d'apparition des symptômes (AAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nouvelle apparition de la toux (ou exacerbation de la toux chronique)?	Date d'apparition des symptômes (AAA/MM/JJ)

B. Dans les 14 jours précédant le début de la maladie, le patient:

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A voyagé à l'extérieur du Canada?	Date du voyage (AAA/MM/JJ)
		Date de retour (AAA/MM/JJ)

Si OUI à A et B, Appelez la Santé publique

C. Si oui à n'importe quel ci-dessus → dans les 14 jours précédant le début de la maladie, est-ce que le patient :

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A été en contact étroit avec un cas confirmé ou un cas sous investigation du COVID-19	Date de contact (AAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A été en contact étroit avec une personne atteinte d'une maladie respiratoire aiguë qui a voyagé dans les 14 jours précédant le début de la maladie dans un pays ci-dessus.	Date de contact (AAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A été exposée en laboratoire à du matériel biologique qu'on savait contenir du COVID-19 (par exemple, tester des échantillons en laboratoire)	Date d'exposition (AAA/MM/JJ)

Si OUI à l'une de C, Appelez la Santé Publique

<input type="checkbox"/> Oui Évaluer et suivre le protocole pour le COVID-19	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------

L'information pourrait être accessible ou protégé au besoin en vertu des dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Toutes ces informations sont conservées dans la Fichier ordinaire n°060.
 Original : Copie : dossier de santé du délinquant.