# Grille de surveillance des travailleurs de la santé présentant une infection respiratoire soupçonnée ou confirmée lors d’une éclosion

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Installation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Virus identifié \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Unité / Étage \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Complétée par** **Date** **Téléphone** **Courriel**  |
| **Travailleur de la santé** | **Vaccination** | **Signes et symptômes** | **Prélèvement** | **Antiviral** | **Absence du travail(Dates)** | **ComplicationsSi oui, spécifiez** | **DécèsSi oui, date** | **Nosocomial Oui (O) / Non (N)Lieu présumé d’acquisitionDate** | **Commentaires** |
| **Nom, Prénom** | **No d’employé** | **Âge ou****Année de naissance** | **Oui (O) / Non (N)** | **Date**  | **Date du début** | **T°** | **Toux**  | **Symptômes autres**\* | **Date** | **Résultat** | **Si oui, spécifiez****Date du début** **et dosage** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* **Symptômes autres :** M = Myalgies ou Arthralgies; C = Céphalées; F = Frissons; G = Mal de gorge; Autres (préciser)