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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Établissement**  **Unité ou étage** | | | | | | | | |  | **Installation**  **Période d’observation au** | | | | | | | | |
| **Travailleur de la santé** | | | **Vaccination** | | **Signes et symptômes** | | | | | | **Prélèvement** | | **Antiviral** | **Absence du travail**  **(Dates)** | **Complications**  **Si oui, spécifiez** | **Décès**  **Si oui, date** | **Nosocomial ou**  **lieu présumé d’acquisition** | **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)

Grille complétée par Date