# 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)** | **Complications Si oui, spécifiez** | **Décès Si oui, date** | **Nosocomial Oui (O) / Non (N) Lieu présumé d’acquisition Date** | **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)