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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Installation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Virus identifié \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Unité / Étage \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Complétée par** **Date** **Téléphone** **Courriel**  |
| **Usager** | **Vaccination** | **Signes et symptômes** | **Prélèvement** | **Antiviral** | **Dates de la mise en place** **et du retrait** **des précautions additionnelles** | **Complications****Si oui, spécifiez**  | **Décès** **Si oui, date** | **Nosocomial Oui (O) / Non (N) Lieu présumé d’acquisitionDate** | **Commentaires** |
| **Nom, Prénom** | **Dossier** | **No chambre** | **Date d’arrivée** | **Âge ouannée 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)