

ÉVALUATION QUOTIDIENNE DE LA SANTÉ

Date : _____

Nom de l'enfant / du parent : _____

Votre enfant présente-t-il ou elle les symptômes suivants?

- Température corporelle anormale ($\geq 37,8$ °C)
- Toux (sèche ou grasse)
- Frissons
- Essoufflement
- Mal de gorge
- Difficulté à avaler
- Nez qui coule ou qui est congestionné
- La perte du goût et de l'odorat
- Conjonctivite
- Mal de tête
- Nausées ou vomissements, diarrhée, maux de ventre
- Douleurs musculaires
- Fatigue extrême inhabituelle (manque d'énergie, très grande fatigue)
- Léthargie
- Perte d'appétit
- Autre _____

Si l'un ou l'autre de ces signes et symptômes sont présents, veuillez contacter le Bureau de santé de l'est de l'Ontario au 1 800 267-7120.

Signature du personnel du centre de garde d'enfants : _____

12086 ICD-20f



CORNWALL • ALEXANDRIA • CASSELMAN • HAWKESBURY • ROCKLAND • WINCHESTER

www.EOHU.ca • 1 800 267-7120 • www.BSEO.ca

If you require this information in an alternate format, please call 1 800 267-7120 and press 0.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.