

RAPPORT DE SURVEILLANCE DE LA COVID-19

Nom de l'établissement : _____ Adresse : _____

Personne-contact : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____

IDENTIFICATION				SYMPTÔMES						CONCLUSION						
Numéro de cas	Enfant (E) Personnel (P)	Nom	Groupe	Début des symptômes	Fièvre (T) Frissons (F)	Toux	Essoufflement	Diminution ou perte du goût (G) Diminution ou perte de l'odorat (O)	Enfant	Adulte	Isolation – 10 jours	Consultation du professionnel de la santé	Test de la COVID-19	Résultat de test	Date du retour	Remarques
									Nausée (N) Vomissement (V) Diarrhée (D)	Douleurs musculaires (M) Douleurs articulaires (A) Fatigue extrême (F)						

Les renseignements personnels sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS). Cette information servira à l'administration des programmes de santé publique. Les questions concernant la collecte de ces renseignements peuvent être adressées au : Gestionnaire de programme, Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Bureau de santé de l'est de l'Ontario, 1000 rue Pitt, Cornwall (Ontario) K6J 5T1 ou par téléphone au 613-933-1375 ou 1 800 267-7120. Si vous avez besoin de cette information sous un autre format, veuillez appeler au 613-933-1375 ou 1 800 267-7120 et faites le 0.