FORMULAIRE DE SURVEILLANCE EN SERVICE DE GARDE D'ENFANTS

Nom de l'établissement : _____ Adresse : _____

Personne-contact : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____

IDENTIFICATION					SYMPTÔMES																						CONCLUSION					
Numéro de Cas	Enfant (E) / Personnel (P)	Nom	Groupe / Cohorte	Date du début des symptômes	Fièvre	Frissons	Toux	Essoufflement	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Douleurs musculaires	Douleurs articulaires	Fatigue extrême	Écoulement nasal	Congestion nasale	Maux de gorge	Difficulté à avaler	Maux de tête	Nausée	Douleur abdominal	Vomissement – Spécifier 1 ou + (épisodes en 24h)	Diarrhée - Spécifier 1 ou + (épisodes en 24h)	Difficulté à respirer	Respiration sifflante	Éternuements	Perte d' appétit	Enrouement de la voix	Ne se sent pas bien (malaise)	Isolation - 5 jours / 10 jours	Consultation - professionnel de la santé	Test de la COVID-19 - PRC (P) / Rapide (R)	Résultat de test	Date du retour	Commentaires ou complications

SVP faire parvenir le rapport de surveillance par courriel au ccc@eohu.ca lorsqu'il y a trois individus, de la même cohorte, à l'intérieur de 4 jours qui présentent 2 symptômes ou plus, afin que le BSEO vous supporte à évaluer la possibilité d'une flambée.

12364 ICD-22f