

Numéro de flambée : \_\_\_\_\_

Cochez la case appropriée :  Personnel  Enfant

# SERVICE DE GARDE D'ENFANTS - LISTE DES CAS POUR FLAMBÉE ENTÉRIQUE

Remplissez un formulaire séparé pour les cas des enfants et du personnel. **Envoyer le formulaire par télécopieur au BSEO une fois par jour avant 10 a.m.**

Service de garde d'enfants : \_\_\_\_\_ Personne-ressource : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Définition de cas : \_\_\_\_\_

Nom	Sexe M/F	D.D.N. (AA/MM/JJ)	Section			Apparition des symptômes (AA/MM/JJ)	Symptômes (Cochez la case appropriée)							Cas O/N	Prélèvement Date de la collecte / Date de soumission Résultat	Résolution des symptômes (AA/MM/JJ)
			N	P	S		V	D	N	F	T	A	M			
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

**Section:** N = nourrisson P = Enfant d'âge préscolaire S = Enfant d'âge scolaire **Symptômes :** V = Vomissement D = Diarrhée N = Nausée F = Fièvre T = Mal de tête A = Douleur abdominale M = Douleur musculaire

L'information personnelle est collectée sous l'autorité de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, LPPS. Cette information sera utilisée aux fins d'administrer les programmes de santé publique. Vous pouvez adresser toute question au sujet de la collecte de cette information à : 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 au 1 800 267-7120

10429 ICD-19f Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.