

Annexe 6 : Formulaire de mise à jour clinique des contacts quotidiens

Nom de la personne ayant été en contact : _____ Prénom de la personne ayant été en contact : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____

(aaaa-mm-jj)

Représentant du bureau de santé : _____

Date/heure du suivi (AAAA-MM-JJ et système de 24 heures)	Symptômes? (O/N)	Si oui, préciser (p. ex., fièvre >38; toux, difficulté à respirer, maux de tête, fatigue, maux de gorge, frissons, douleurs musculaires, congestion nasale, nausées, vomissements, diarrhée, douleurs articulaires, perte d'appétit)	La personne ayant été en contact a-t-elle consulté un médecin pour des symptômes d'infection respiratoire aiguë? (O/N)	Si oui, indiquer l'endroit où la personne s'est présentée (p. ex., soins de santé primaires, soins à domicile, soins actifs)

<p>Date/heure du suivi (AAAA-MM- JJ et système de 24 heures)</p>	<p>Symptômes? (O/N)</p>	<p>Si oui, préciser (p. ex., fièvre >38; toux, difficulté à respirer, maux de tête, fatigue, maux de gorge, frissons, douleurs musculaires, congestion nasale, nausées, vomissements, diarrhée, douleurs articulaires, perte d'appétit)</p>	<p>La personne ayant été en contact a-t- elle consulté un médecin pour des symptômes d'infection respiratoire aiguë? (O/N)</p>	<p>Si oui, indiquer l'endroit où la personne s'est présentée (p. ex., soins de santé primaires, soins à domicile, soins actifs)</p>