

La surveillance de l'état de santé pour des personnes qui ont été en contact avec les patients infectés par le nouveau coronavirus

C'est une enquête principalement gérée par le service de santé publique local en charge. Veuillez transmettre à la personne suspecte nécessitant une surveillance, d'observer attentivement son état de santé et de communiquer immédiatement au service de santé publique si les symptômes présentent des signes d'inquiétude. Cette surveillance prendra fin le 14ème jour après la prise de contact avec le patient.

Numéro du contact :		Nom et prénom de la personne potentiellement à risque nécessitant une surveillance de l'évolution de son état de santé:					Adresse :					Numéro de téléphone : - -			
Nom et prénom du patient :		Date et heures du dernier contact avec le patient (JJ/MM/AAAA vers O h)					Relation avec le patient :					Adresse e-mail : @			
	1er jour	2ème jour	3ème jour	4ème jour	5ème jour	6ème jour	7ème jour	8ème jour	9ème jour	10ème jour	11ème jour	12ème jour	13ème jour	14ème jour	
Date (JJ/MM/AAAA)															
Température la plus haute de la journée	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
Symptômes respiratoire	Toux	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Difficultés	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Écoulement nasal / congestion nasale	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Mal de gorge	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
Autres symptômes	Nausées /	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Hyperémie de la conjonctive	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Maux de tête	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Fatigue générale	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Arthralgie / myalgie	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Diarrhée	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Conscience troublée	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Convulsion	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
Autres															
Vérification matinale ou nocturne <input checked="" type="checkbox"/> (par téléphone / entretien, etc.)	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	M : □ () S : □ ()	
Remarques															
Vérifiée par															

Nom du service de santé publique : Personne en charge : Adresse :

Numéro de téléphone :

FAX :