

Pavillon Camille-Lefebvre

ANNEXE 1 : Grille pour l'auto surveillance des symptômes

SYMPTÔMES LIÉS À LA COVID-19

Asymptomatique

Date de début des symptômes * : _____ AAAA-MM-JJ

Symptômes associés à l'épisode de COVID-19 dans dans les 14 derniers jours			
Toux récente ou exacerbation (aggravation) d'une toux chronique ou tout symptôme compatible avec des virus respiratoires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Histoire de fièvre ($\geq 38^{\circ}$ C ou $100,4^{\circ}$ F; personnes âgées $\geq 37,8^{\circ}$ C ou $100,0^{\circ}$ F)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Fébrilité/Frissons (température non prise)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Écoulement nasal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Difficultés respiratoires (par exemple essoufflement ou difficulté à parler)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Nausées vomissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Faiblesse généralisée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Douleur (musculaire, thoracique, abdominale, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Irritabilité confusion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Perte soudaine d'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'une perte de goût (agueusie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Contact avec une personne ou un milieu en éclosion du Covid-19	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Contact avec une personne ayant un virus respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Autres (préciser) :			

Nom du proche aidant : _____

Nom du résident : _____

Chambre : _____