simcoe muskoka
DISTRICT HEALTH UNIT

Liste d'idenfication de cas - personnels

Nom de l'établissement :
Numéro d'éclosion :

Date de déclaration de l'éclosion :

Identification des cas					Symptômes																		Type de test		Prophylaxie/Traitement				Résolution	
N° de cas (dans l'ordre)	Nom (NOM DE FAMILLE, prénom)	Sexe (M, F, X)	Date de naissance (aa/mm/jj)	Pièce ou zone	Date d'apparition du premier symptôme (aa/mm/jj)	Température anormale (°C)	Toux sèche (nouvelle)	Toux grasse (nouvelle)	Écoulement nasal / éternuements	Congestion nasale (nez bouché)	Mal de gorge	Voix rauque / difficulté à avaler	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Malaise général	Mal de tête	Diminution de l'appétit	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Fatigue extrême	Nausée, vomissements ou diarrhée	Essoufflement	Autre - préciser	Date du test (aa/mm/jj)	Test de dépistage antigénique rapide (TDAR), PCR ou non lié à la COVID-19	Entièrement vacciné contre la COVID-19 (O/N/Inconnu)	Vaccin contre la grippe (O/N/Inconnu)	Hospitalisation (O/N)	Commentaires	Date de résolution (aa/mm/jj)	Date de retour au centre (aa/mm/jj)
1																														
2																														
3																														
4																														