Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

GRILLE DE SURVEILLANCE DES CAS DE VIRUS RESPIRATOIRES - USAGERS

Installation :_____ Unité : _____ Virus : _____ Page : de :

	ChambreLit	Nom Prénom	Date																											
			Symptômes	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	
* Si présence d'un des symptômes suivants, inscrire dans "Autres symptômes": - Maux de tête; - Frissons; - Essoufflement - Nausées; - Vomissements; - Congestion nasale; - Diarrhée; - Hémoptysie; - Conjonctivite; - Perte de goût; - Perte d'odorat.			Fièvre																											Dépistage(s) : Date : _____ Résultat : _____ Date : _____ Résultat : _____ HS avisée ☐
			Toux																											
			Mal de gorge																											
			Fatigue extrême																											
			Douleur musculaire																											Commentaires : _____ _____ _____
			Douleur articulaire																											
			Détérioration générale																											
			* Autres symptômes																											
			Initiales																											
			Fièvre																											Dépistage(s) : Date : _____ Résultat : _____ Date : _____ Résultat : _____ HS avisée ☐
			Toux																											
			Mal de gorge																											
			Fatigue extrême																											
			Douleur musculaire																											Commentaires : _____ _____ _____
			Douleur articulaire																											
			Détérioration générale																											
			* Autres symptômes																											
			Initiales																											
Symptômes non classiques : - Confusion accrue; - Aggravation des affections chroniquesdes poumons; - Perte d'appétit.			Fièvre																											Dépistage(s) : Date : _____ Résultat : _____ Date : _____ Résultat : _____ HS avisée ☐
			Toux																											
			Mal de gorge																											
			Fatigue extrême																											
			Douleur musculaire																											Commentaires : _____ _____ _____
			Douleur articulaire																											
			Détérioration générale																											
			* Autres symptômes																											
			Initiales																											