simcoe muskoka
DISTRICT HEALTH UNIT

Liste d'idenfication de cas - enfants

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)	Classe et jours de fréquentation	Sexe (M, F, X)	Date de naissance (aa/mm/jj)	Nom du parent avec qui communiquer et numéro de téléphone	Date d'apparition du premier symptôme (aa/mm/jj)	Température anormale (°C)	Toux (nouvelle)	Écoulement nasal / congestion nasale	Mal de gorge	Voix rauque / difficulté à avaler	Douleurs musculaires	Malaise général	Mal de tête	Diminution de l'appétit	Diminution ou perte du goûter 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	Vaccin contre la grippe (O/N)	Hospitalisation (O/N)	Commentaires	Date de résolution (aa/mm/jj)	Date de retour au centre (aa/mm/jj)
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											