

Formulaire de signalement des cas d'infection respiratoire

Personnel du centre de garde

Envoyer formulaire dûment rempli par télécopieur au 705 733-7738

Nom de l'établissement : _____

Numéro d'éclosion : 2260 - _____ - _____

L'éclosion a été déclarée le : _____ année/mm/jj

Coordonnées des cas					Symptômes												Échantillon et diagnostic			Prophylaxie/Traitement							
Numéro du cas (en ordre séquentiel)	Nom (NOM DE FAMILLE, prénom) et poste	Sexe (M/F)	Date de naissance (année/mm/jj)	Secteur de travail	Médecin de famille	Date d'apparition du premier symptôme (année/mm/jj)	Température anormale (°C)	Toux sèche (nouveau symptôme)	Toux productive (nouveau symptôme)	Écoulement nasal/éternuements	Congestion nasale/nez congestionné	Mal de gorge	Enrouement/difficulté à avaler	Frissons	Douleurs musculaires (myalgies)	Malaise général	Mal de tête	Perte d'appétit	Autres - précisez svp	Date du prélèvement de la gorge - (année/mm/jj)	Résultat de l'immuno-enzymatique (test rapide) (Pos./Nég.)	Résultat de la culture du virus (Pos./Nég.)	Vaccin contre la grippe	Commentaires (Traitements, etc.)	Dernière journée de travail (année/mm/jj)	Date à laquelle le cas est résolu (année/mm/jj)	