



**ÉVALUATION SYMPTÔMES COVID-19 AVEC OU SANS
VARIANT CAS SUSPECTÉS OU CONFIRMÉS EN MILIEU DE VIE**

Date du début des symptômes: _____ Date de confirmation du résultat positif : _____
(aaaa/mm/jj) (aaaa/mm/jj)

Présence variant : indiquer de quel type (ex. : britannique, sud-africain, brésilien, etc.) : _____

**FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE : b.i.d et PRN selon le jugement clinique
Documenter les valeurs obtenues dans les cases correspondantes**

Date (aaaa/mm/jj) :									
Heure (hh : mm) :									
Décompte de l'isolement <i>Jour 0 = date début des symptômes ou date dépistage du test confirmé si asymptomatique</i>									
Température <i>Personne âgée : 37,8°C buccale Si plus de 37,2°C temporal, contrôler avec T buccale ou rectale</i>									
Fréquence cardiaque <i>Si moins de 50 ou plus de 110/min, aviser médecin</i>									
Fréquence respiratoire <i>Si 26/min et plus, aviser médecin</i>									
Saturation <i>Si moins 90 % AA ou O₂ 3 L ou plus ou O₂ doublé en 8 h, aviser médecin</i>									
TA (PRN) <i>Si détérioration clinique significative, et selon jugement clinique, aviser médecin</i>									
Altération de l'état de conscience <i>Si Somnolence (S), Confusion (C) Mouvements ralentis (R) Inattention (A), Léthargie (L), Comateux (CO), aviser médecin</i>									
Autre symptôme significatif									

Date	Signature, Titre, #Permis	Initiales	Date	Signature, Titre, #Permis	Initiales