



**QUESTIONNAIRE
SURVEILLANCE DES SYMPTÔMES LIÉS À LA COVID-19**

Date du dernier contact ou séjour sur une unité en éclosion (aaaa-mm-jj) : _____

FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE : DIE et PRN, selon le jugement clinique

Date (aaaa) :								
(mm-jj) :								
Heure (hh:mm) :								

Consigne : Valider auprès de l'usager, s'il y a présence (P) ou absence (A) des symptômes suivants

Symptômes COVID-19

Fièvre <ul style="list-style-type: none"> 0 à 5 ans : 38,5°C et plus (rectale) 6 ans et plus : 38,1°C et plus (buccale) personne âgée : 37,6°C et plus (buccale) 								
Frissons								
Agueusie ou Anosmie								
Toux récente ou toux chronique exacerbée								
Essoufflements/Difficultés respiratoires								
Écoulement ou congestion nasal ET Mal de gorge								

ATTENTION : SI PRÉSENCE d'un ou de plusieurs symptômes CI-DESSUS, l'infirmière doit :

1. Procéder à l'évaluation de la condition clinique de l'usager et initier le dépistage selon son jugement clinique
2. Mettre l'usager et son contact étroit en précautions additionnelles *Gouttelettes/Contact +*

Initiales (signature requise ci-dessous) :

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