

**SUIVI ET CIRCULATION EBOLA D4 :
JOURNAL DE SUIVI DES SYMPTÔMES**

Nom : _____ Date dernière exposition (JOUR 0) : _____
 Numéro CTID ou DGMQ : _____ Date de début du suivi : _____
 Date du dernier jour de surveillance (JOUR 21) : _____

Jour : Date :	JOUR 1		JOUR 2		JOUR 3		JOUR 4		JOUR 5		JOUR 6		JOUR 7	
	AM	PM												
Heure														
Type de vérification*														
Initiales infirmier/ière des services de santé publique†														

Symptômes‡														
Température														
Malaise														
Douleurs musculaires														
Mal de tête														
Mal de ventre														
Vomissements														
Diarrhée														
Saignements inexplicés														

Jour : Date :	JOUR 8		JOUR 9		JOUR 10		JOUR 11		JOUR 12		JOUR 13		JOUR 14	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Heure														
Type de vérification*														
Initiales infirmier/ière des services de santé publique†														

Symptômes‡														
Température														
Malaise														
Douleurs musculaires														
Mal de tête														
Mal de ventre														
Vomissements														
Diarrhée														
Saignements inexplicés														

Jour : Date :	JOUR 15		JOUR 16		JOUR 17		JOUR 18		JOUR 19		JOUR 20		JOUR 21	
	AM	PM												
Heure														
Type de vérification*														
Initiales infirmier/ière des services de santé publique†														

Symptômes‡														
Température														
Malaise														
Douleurs musculaires														
Mal de tête														
Mal de ventre														
Vomissements														
Diarrhée														
Saignements inexplicés														

*Type : I=en personne (In person), V=Vidéo, P=téléphone (Phone), S=auto-surveillance (Self-monitor)

†Veuillez inscrire le nom complet et l'affiliation au dos pour tous les intervenants.

‡Pour chaque vérification journalière, indiquer la température et « Y » (yes/oui) ou « N » (no/non) pour chaque symptôme listé.