

CONTROL Y MOVIMIENTOS EN RELACIÓN

Nombre: _____

Fecha última exposición (DÍA 0): _____

CON EL ÉBOLA D4: REGISTRO DE CONTROL

N.º CTID o DGMQ: _____

Fecha de comienzo del control: _____

DE SÍNTOMAS

Última fecha de control (DÍA 21) _____

Día: Fecha:	DÍA 1		DÍA 2		DÍA 3		DÍA 4		DÍA 5		DÍA 6		DÍA 7	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Hora														
Tipo de chequeo*														
Iniciales enfermera LHD†														

Síntomas‡														
Temperatura														
Malestar general														
Dolores musculares														
Dolores de cabeza														
Dolor de estómago														
Vómitos														
Diarrea														
Sangrado sin explicación														

Día: Fecha:	DÍA 8		DÍA 9		DÍA 10		DÍA 11		DÍA 12		DÍA 13		DÍA 14	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Hora														
Tipo de chequeo*														
Iniciales enfermera LHD†														

Síntomas‡														
Temperatura														
Malestar general														
Dolores musculares														
Dolores de cabeza														
Dolor de estómago														
Vómitos														
Diarrea														
Sangrado sin explicación														

Día: Fecha:	DÍA 15		DÍA 16		DÍA 17		DÍA 18		DÍA 19		DÍA 20		DÍA 21	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Hora														
Tipo de chequeo*														
Iniciales enfermera LHD†														

Síntomas‡														
Temperatura														
Malestar general														
Dolores musculares														
Dolores de cabeza														
Dolor de estómago														
Vómitos														
Diarrea														
Sangrado sin explicación														

*Tipo: I = En persona, V = Video, P= Teléfono, S = Autoevaluación

†Escribir al dorso el nombre completo y la afiliación de todos los monitores.

‡Para cada chequeo diario, indique la temperatura y 'S' o 'N' para cada síntoma enumerado.