# Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

|  |
| --- |
| Nom : Prénom :  |
| Date dernière exposition : Date début surveillance : |
| Numéro/personne à contacter si présence de symptômes : |
| Test COVID-19  | Date : | Résultat : | Date : | Résultat : |
| JOUR | **DATE** | **PRISE DE TEMPÉRA-TURE** **AM PM** | **SYMPTÔMES ** |
| **AUCUN SYMPTÔME** | Fièvre | Toux | Perte odorat (anosmie) | Perte goût (agueusie) | Difficulté à respirer | Céphalée | Mal de gorge | Nez qui coule ou congestion nasale |  |  |
| Jour 1 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 2 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 3 |  | °C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 4 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 5 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 6 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 7 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 8 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 9 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 10 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 11 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 12 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 13 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour 14 |  | ˚C | ˚C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |