



## 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 :							
Test COVID-19		Date :		Résultat :		Date :		Résultat :							
JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRATURE		SYMPTÔMES <input type="checkbox"/>											
		AM	PM	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												