

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

## REPÉRAGE QUOTIDIEN DES SYMPTÔMES DE LA COVID-19

Pour les personnes devant effectuer le repérage quotidien des symptômes de la COVID-19 :

- Si apparition d'un symptôme ou présence de fièvre\* : aviser l'infirmière

Pour les infirmières, en présence de symptômes :

- Vous référer aux directives COVID-19, Prévention et contrôle des infections

*Valeur de référence : fièvre	
Adulte	38.0 °C buccale ou rectale
Personne âgée	37.8°C buccale ou rectale
0 à 5 ans	38.5 °C rectale
6 à 17 ans	38.1 °C buccale

Inscrire le résultat de la température et cocher les symptômes présents

Date (aaaa/mm/jj)							
Heure (hh:mm)							
Température <sup>1</sup> (préciser si buccale (b) ou rectale (r))	°C						
Apparition ou aggravation d'une toux							
Difficulté à respirer							
Fatigue extrême							
Perte soudaine d'odorat et/ou du goût							
Douleur musculaire							
Perte d'appétit							
Mal de gorge							
Mal de tête							
Nausée ou vomissement							
Diarrhée							
<b>Symptômes additionnels pour les enfants de 5 ans et moins</b>							
Congestion nasale/nez qui coule							
Douleurs abdominales							
<b>Symptômes additionnels pour les personnes âgées ou autre usager avec difficulté de communication</b>							
Changement de l'état mental (ex. : somnolent, modification du langage)							
Changement de comportement (ex. : agitation, errance, ralenti)							
Changement au niveau des activités de la vie quotidienne (ex. : alimentation, habillement, soins d'hygiène)							
<b>Initiales de l'observateur</b>							

