Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

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

DÉCLARATION, SUIVI ET SURVEILLANCE GALE

Direction clinique : Programme : Site :

Installation : _____ Unité : _____

Date d'apparition des signes et symptômes : _____ (aaaa/mm/jj) Date de **confirmation** du diagnostic _____ (aaaa/mm/jj)

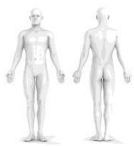
Confirmation du diagnostique par : ☐ Dermatologue ☐ Médecin généraliste

Précautions additionnelles (PA)

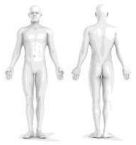
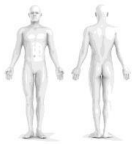
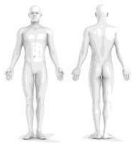
☐ Précautions additionnelles contact rehaussées ☐ Précautions additionnelles contact rehaussées plus

Début PA :_____ (aaaa/mm/jj) Initiales : _____ Fin des PA : _____ (aaaa/mm/jj) Initiales : _____

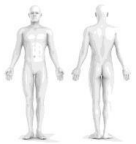
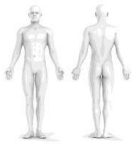
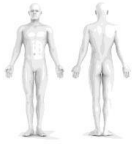
Date de confirmation de la guérison du cas de gale croûtée _____ (aaaa/mm/jj) Initiales : _____

		Date d'application du traitement	Localisation des lésions	Description des lésions (ex. : sillon, croûte, papule, pustule, grattage)	Intensité de la démangeaison	Initiales
GALE COMMUNE	1er	Date_____ (aaaa/mm/jj) Heure _____ (hh:mm)			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	
	2e	Date_____ (aaaa/mm/jj) Heure _____ (hh:mm)			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	
	3e	Date_____ (aaaa/mm/jj) Heure _____ (hh:mm)			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	
GALE CROÛTÉE	1er	Date_____ (aaaa/mm/jj) Heure _____ (hh:mm)			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	
	2e	Date_____ (aaaa/mm/jj) Heure _____ (hh:mm)			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	
	3e	Date_____ (aaaa/mm/jj) Heure _____ (hh:mm)			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	

Nom : N° dossier :

		Date d'application du traitement	Localisation des lésions	Description des lésions (ex. : sillon, croûte, papule, pustule, grattage)	Intensité de la démangeaison	Initiales
GALE CROÛTÉE	**4e**	Date_____ aaaa/mm/jj Heure _____ hh:mm			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	
	5e	Date_____ aaaa/mm/jj Heure _____ hh:mm			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	
	6e	Date_____ aaaa/mm/jj Heure _____ hh:mm			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	

APRÈS LA FIN DU TRAITEMENT : SURVEILLANCE DE L'ÉFFICACITÉ DU TRAITEMENT

		Localisation des lésions	Description des lésions (ex. : sillon, croûte, papule, pustule, grattage)	Intensité de la démangeaison	Initiales
GALE CROÛTÉE	**2 semaines après le dernier traitement** Date_____ aaaa/mm/jj			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	
	4 semaines après le dernier traitement Date_____ aaaa/mm/jj			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	
	6 semaines après le dernier traitement Date_____ aaaa/mm/jj			☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	

Date (aaaa/mm/jj)	**Initiales**	**Signature**	**Profession**	**Date** (aaaa/mm/jj)	**Initiales**	**Signature**	**Profession**

Envoyer (confidentiel) par télécopieur : 418-577-8969

Si vous avez reçu le présent message par erreur, veuillez aviser immédiatement le Service de PCI
Merci de votre collaboration