

## Tableau de suivi des cas RÉSIDENTS

Nom de l'installation/ établissement :

Étage(s) (remplir un tableau par étage) :

Date de la mise à jour du tableau :

Pathogène identifié :

**Consignes d'utilisation :**

Remplir un tableau par type de virus et par unité/étage

Inscrire le nom des résidents qu'une seule fois dans le tableau

Ne pas inscrire les contacts étroits ni les travailleurs de la santé

Toujours utiliser le même tableau pour ajouter les dates de retrait des mesures et les nouveaux cas

**Envoyer une fois par semaine à l'infirmière dédiée de votre établissement :**

Inscrire le nom de l'établissement dans l'objet du courriel

Résident			Signes et symptômes					Prélèvement	Date de mise en place des précautions additionnelles	Date et heure des derniers symptômes (gastro seulement)	Date de levée d'isolement	Hospitalisation ou décès (préciser) Si oui date
Nom, Prénom	Date de naissance ou RAMQ	Chambre ou appartement	Date de début des symptômes	Fièvre	Toux	Vomissements	Diarrhées					
				<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							
				<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							
				<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							
				<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							
				<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							
				<input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							

## Tableau de suivi des cas RÉSIDENTS

Résident			Signes et symptômes					Prélèvement	Date de mise en place des précautions additionnelles	Date et heure des derniers symptômes (gastro seulement)	Date de levée d'isolement	Hospitalisation ou décès (préciser) Si oui date
Nom, Prénom	Date de naissance ou RAMQ	Chambre ou appartement	Date de début des symptômes	Fièvre	Toux	Vomissements	Diarrhées					
				<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							
				<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							
				<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							
				<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							
				<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							
				<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :							

**Commentaires :**

---



---