GRILLE DE SURVEILLANCE DES CAS DE COVID-19/INFLUENZA/CCIRA

Dès qu’un usager répond aux critères de définition d’un cas de COVID-19/Influenza/CCIRA (SAG), appliquer le plus rapidement possible   
les précautions additionnelles appropriées et aviser le responsable de votre milieu et votre intervenant CIUSSS de l’Estrie – CHUS désigné.

| Milieu :               Secteur :                       Maladie/virus : | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Usager | | | | | Vaccination  *(si connue)* | Date de  début des symptômes | Signes et symptômes  Myalgie ou arthralgies (M)  | Mal de tête (C)  Frissons (F)  | Mal de gorge (G)  | **↓** État cognitif (EC) **↓** Autonomie (A)  | Nez qui coule |Difficulté à respirer  Pour COVID-19, surveiller aussi :  Diarrhée (Di) | Nausées (No) | Vomissements (Vo)  Douleur abdo | Perte du goût ou odorat | Essoufflement  **↓**Appétit | **↑↑**Fatigue | et/ou autres symptômes | | | Prélèvements | | Antibiotique  Anti-viraux | | Précautions additionnelles  COVID-19 :  N95 et contact  Influenza/CCIRA : Gouttelette et contact | Commentaires  *(ex. : hospitalisation, décès,  complications, etc.)* |
| No  cas | Chambre/ étage | DDN  *(aaaa-mm-jj)* | Nom | Prénom | Date(s) vaccin(s)  *(aaaa-mm-jj)*  *COVID-19*  *Influenza* | Date DDS  *(aaaa-mm-jj)* | Tº \* | Toux nouvelle  ou exacerbée | Description des signes et symptômes | Date du prélèvement  *(aaaa-mm-jj)* | Résultats  *COVID-19*  *TAAN/TDAR influenza*  *Autres tests* | Si oui, lequel | Date de début  *(aaaa-mm-jj)* | (P) = Type de précautions (D) = Date début (F) = Date fin | (Max 225 caractères) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P : |  |
| D : |
| F : |