TABLEAU DES SYMPTÔMES POUR LES CAS DE GASTRO-ENTÉRITE CHEZ LES USAGERS

NOM DE L'ETABLISSEMENT : _____

	Nom et prénom	No de l'unité locative	Âge	Sexe	Signes et symptômes (Cocher si présents)							Date du début Des symptômes	Date de fin des symptômes	Date de levée de l'isolement 48 heures après la fin des symptômes	Recherche Virale (oui/non)
					Diarrhée	Crampes abdominales	Nausées	Vomissements	Fièvre	Céphalées	Autres				
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

Signature : _____ **Téléphone :** _____

VEUILLEZ COMPLÉTER CE TABLEAU ET LE RETOURNER, PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR COURRIEL À L'INTERVENANT DÉSIGNÉ DU CISSS/CIUSSS SELON L'ENTENTE RÉGIONALE.