

Annexe 4 : Formulaire de mise à jour clinique quotidienne pour un cas géré à domicile

Nom de famille de la personne affectée : _____ Prénom de la personne affectée : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____

(aaaa-mm-jj)

Représentant du bureau de santé : _____

Date	Symptômes (indiquer s'ils sont présents <input checked="" type="checkbox"/> , absents <input checked="" type="checkbox"/> ou résorbés [R])							Complications		Prélèvements/diagnostics			Traitement/thérapie de soutien			
	Aucun	Fièvre > 38	Toux	Essoufflement	Diarrhée	Écoulements	Malaise	Douleurs	Autre	Pneumonie	Autre (préciser)	Écouvillonnage du rhinopharynx	Radiographie thoracique	Autre (préciser)	Médicaments	Autre (préciser)