|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Calendrier de suivi médical après un contact potentiel avec le 2019-nCoV** | | | | | | | |
| *Date du dernier contact à risque avec le cas symptomatique confirmé à 2019-nCoV :* |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Date de début du suivi : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**  **Date de fin du suivi : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**  **Mode de prise de température (frontale, buccale, oreille) : …………………………………….**  Notez la température et les symptômes dans le tableau | | | | | | | |
| Jour de suivi | **Température** | | **fatigue intense** | **Conjonctivite** | **Toux** | **douleurs musculaires/articulaires** | **autre (préciser)** |
| matin | soir |
| **1** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **2** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **3** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **4** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **5** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **6** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **7** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **8** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **9** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **10** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **11** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **12** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **13** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **14** |  |  |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non |  Oui   Non | ………………… |
| **En cas de fièvre ou d’autres symptômes, appelez immédiatement le Centre 15** en mentionnant que vous êtes suivi(e) suite à un contact potentiel avec une personne infectée par le nouveau coronavirus**.** | | | | | | | |