Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date début des symptômes (si applicable): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date Autoévaluation jour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* *Évitez autant que possible l'utilisation de médicaments anti-fièvre (par exemple, acétaminophène / Tylenol, ibuprofène / Advil). Les médicaments réduisant la fièvre pourraient masquer les premiers symptômes; si vous devez les prendre, parlez-en à votre fournisseur de soins de santé. Soyez attentifs à votre santé. Si vous développez des symptômes, écrivez OUI ou NON ci-dessous pour chaque symptôme quotidiennement.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Self-monitoring day** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| **Date(Jour/Mois** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Temperature quotidienne****(degrés Celsius) °C °** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * **AUCUN SYMPTOMES**
 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Frisson** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Conjonctivites (pink eye)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Toux** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Diarrhée ( selles liquides)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fatigue**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nez qui coule** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Souffle court** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Difficulté à respirer** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mal de gorge** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Autre ajouter aux notes)****Perte d’appétit, du goût, de l’odorat, nausées, vomissement, douleurs musculaires, maux de tête, douleur à la poitrine** |  |  |  |  |  |  |  |  |