

AUTOÉVALUATION SYMPTÔMES - FORMULAIRE

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								

NOTES:
