# Grille de surveillance des travailleurs ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif (COVID-19) – version 6 mai 2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Installation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Unité / Étage \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Complétée par** **Date** **Téléphone** **Courriel**  |
| **Travailleur de la santé (TdeS)** | **Dépistage positif****Date** | **Dépistage requis par**1 | **TdeS asymptomatique** | **Signes et symptômes** | **Dépistages pour le retour au travail**2 | **Date de la dernière****exposition** | **Date du retrait du travail** | **Date du retour au travail** | **Complications**3**Si oui, spécifiez** | **DécèsSi oui, date** | **Nosocomial Oui (O) / Non (N) Lieu présumé d’acquisition** | **Type de contacts à risque**4 |
| **Nom, Prénom** | **No d’employé** | **Date de naissance** | **Sexe** | **Titre d’emploi** | **Emploi dans un** **autre établissement** **N / O / spécifier**  | **Date du début** | **Fièvre (O/N)** | **Toux**5 **(O/N)** | **Difficulté** **Respiratoire (O/N)** | **Anosmie**6 **(O/N)** | **Symptômes autres**7 | **Date fin des symptômes** | **Date** | **Résultat (+/-)** | **Date** | **Résultat (+/-)** | **Date** | **Résultat (+/-)** | **Date** | **Résultat (+/-)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1 D = DSPublique, M = médecin, S = service PCI, A = Autres (préciser)

2 2 tests négatifs requis pour la levée les mesures

3 P = Pneumonie, H = Hospitalisation, U = USI, A = Autres (préciser)

4 U = usager, F = familial, C =collègue, V = voyage, A = Autres (préciser)

5 Récente ou chronique exacerbée

6 Brutale sans obstruction nasale accompagnée ou non d’agueusie

7 Symptômes autres : M = Myalgies ou Arthralgies; C = Céphalées; F = Fatigue intense ou importante perte d'appétit; G = Mal de gorge; D = Diarrhée; A = Autres (préciser)