

Présence du proche aidant dans les résidences pour aînés

SURVEILLANCE PAR LE PROCHE AIDANT DE SES SYMPTÔMES DE COVID-19

Nom et prénom du résident : _____

Nom et prénom du proche aidant : _____

Symptômes associés à l'épisode de COVID-19	Oui	Non	Inconnu*
Toux récente ou exacerbation (aggravation) d'une toux chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $100,4^{\circ}\text{F}$; personnes âgées : $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ou $100,0^{\circ}\text{F}$)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fébrilité/Frissons (température non prise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écoulement nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés respiratoires (par exemple essoufflement ou difficulté à parler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faiblesse généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur (musculaire, thoracique, abdominale, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité confusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte soudaine d'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'une perte de goût (agueusie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Toujours s'assurer que la personne proche aidante comprend bien le symptôme. S'il y a quand même une réponse 'inconnu', s'adresser au gestionnaire sur place pour qu'il évalue si la personne peut procéder avec la visite.

PRÉSENCE D'UN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ? COCHER :		SIGNATURE	DATE	HEURE
OUI	NON			

