

5- FORMULAIRE POUR LE RECENSEMENT DES CAS D'INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES BASSES EN COLLECTIVITE DE PERSONNES AGEES – RESIDENTS ET PERSONNELS

Nom de l'établissement : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Nom (3 premières lettres) et prénom	Sexe (M, F)	Date De Naissance ou Age	numero Chambre	FDR ou métier pour le personnel	Symptômes et signes cliniques								Date de début maladie JJ/MMM & heure	Date de fin maladie JJ/MMM	Hospitalisation et date	Traitements	Vaccination	Type de Prélèvements réalisés 1.TDR grippe 2. coqueluche 3. légionellose 4- ag urinaire pq 5. ECBC pq 6. nasopharynx 7 RP 8 Autres, lequel :		
					Fièvre	Toux	Maux de Gorge	Rhinothée	Asthénie	Dyspnée	Di Thora x	Trouble neuropsychy							Encombrement bronchique	Type
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				

 Symptômes= F>38 : fièvre **Courb** : courbature **Ast** : asthénie

DI Tx : douleur thoracique **Npsy** :trouble neuropsychy

FDR= facteur de risque : 1. Cancer évolutif 2. Troubles neurologiques 3.Pathologie respiratoire 4.VIH et autre déficit immunitaire 5. Traitement immunodépresseur, corticoïde 6.Diabète 7.Pathologie cardiaque chronique

8.Obésité 9. Pathologie urinaire chronique 10. Traitement prolongé par Aspirine

Cé :céphalées

Dia : diarrhée

Vo : vomissement

MG :maux de gorge

Rhi :rhinorrhée

Tx :toux

Dy :dyspnée

Dy :dyspnée