Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval
Québec

D T 0 9 9 6

IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____ SEXE : ☐ F ☐ M

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ TÉL. : _____

DATE NAISSANCE : _____ / ___ / ___

N.A.M. : _____ EXP : _____ / _____

TABLEAU DE SURVEILLANCE DES SYMPTÔMES D'UN CONTACT ÉTROIT DE COVID-19

Installation où séjourne l'usager : _____ Unité où séjourne l'usager : _____

Période de surveillance (14 jours)	Du : / / Au : / /

Date	Heure	Fièvre (degrés)	Toux Oui (O) / Non (N)	Difficultés respiratoires Oui (O) / Non (N)	Autres symptômes (description)	Initiales de la personne complétant le tableau

Si l'usager a congé, conserver cette feuille et transmette les informations à la DSpublique au 450 978-2118.

Signature : _____