

OUTIL D'AIDE À LA DOCUMENTATION DES USAGERS MALADES

Nom du milieu :	Unité ou étage :
-----------------	------------------

N°	Nom, prénom	Date de naissance	RAMQ	# Lit ou chambre	Date de début symptômes (AAAA-MM-JJ)	Symptômes observés ¹	Mesures PCI mises en place ²	Statut ³
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

¹ Par exemple : diarrhée, vomissements, fièvre, mal de tête, toux, frissons, éruption cutanée, autre.

² Par exemple : usager placé dans une zone séparée, masque fourni, repas servis à l'écart des autres (chambre/lit, espace séparé), etc.

³ Rétabli, hospitalisé, décédé, ou transféré.