

## 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 <sup>1</sup>	Mesures PCI mises en place <sup>2</sup>	Statut <sup>3</sup>
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

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

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

<sup>3</sup> Rétabli, hospitalisé, décédé, ou transféré.