**FEUILLE DE SURVEILLANCE PATIENT POSITIF COVID19**

**A remplir tous les jours par le patient et à ramener en consultation de suivi**

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe : M  F **

**Date de naissance : Âge :**

**Date du premier jour des symptômes respiratoires (J0) :**

**Date du prélèvement (Jp) :**

**Date Sortie d’hospitalisation (Jh)** **:**

**Schéma chronologique** **des symptômes**

 *Consignes : Remplir deux fois par jour les données du tableau*

* *La température est à prendre matin et soir avec un thermomètre. Noter le chiffre*
* *Pour les autres critères mettre un « + » si présent (si intensité des symptômes augmentent : mettre « ++ »,*

*ou « +++ » si augmentation des symptômes)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JOUR** | **J0** | **J1** | **J2** | **J3** | **J4** | **J5** | **J6** | **J7** | **J8** | **J9** | **J10** | **J11** | **J12** | **J13** | **J14** |
| **Fièvre (°C)***Matin**Soir* |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Essoufflement au repos***Matin**Soir* |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Encombrement***Matin**Soir* |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Toux***Matin**Soir* |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**Appeler le 15 si:**

* Apparition ou majoration de l’essoufflement/encombrement
* Réapparition d’une fièvre plus de 24h (T°>38.0)