NOUS DISONS NON A LA GRIPPE

RECENSEMENT DES CAS D'INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS (IRA) CHEZ LES RESIDENTS

Ce document nominatif doit rester à usage interne. ***Ne pas diffuser.***

Nom de l'établissement: _____

No	Nom et prénom ou initiales	Unité de soins	N° chambre	Date du début de la maladie (jj-mm-aa)	Âge (ans)	Sexe	Vaccin Grippe (O/N)	Date vaccin grippe	Symptômes et signes* (cocher si présence)						Hospitalisation (H) / décès (D)	Lieu hospitalisation	Date de fin	Test grippe		Autre recherche		
									F (t°)	SG	O	T	SP	A				Date plvt (jj-mm-aa)	Résultats	Tests	Date plvt (jj-mm-aa)	Résultats

*Abréviations : **F** : Fièvre **SG** : Signes Généraux (céphalées, asthénie, anorexie,…) **O** : signes ORL **T** : Toux **SP** : Signes Pulmonaires **A** : autres