



# RECENSEMENT DES CAS D'INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS (IRA) CHEZ LE PERSONNEL

***Ce document nominatif doit rester à usage interne.***

***Ne pas diffuser.***

Nom de l'établissement: \_\_\_\_\_

No	Nom et prénom ou initiales	Unité de soins	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)						Hospitalisa- tion (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)

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