FORMULAIRE POUR LE RECENSEMENT DE CAS DE GEA EN COLLECTIVITE : ***RESIDENTS***

Ce document nominatif doit rester à usage interne Ne pas diffuser

Nom de l'établissement: ______________________________

					Symptômes et signes							Durée maladie		Prélèvements de selles					
					(cocher si présence)											Bactéries/Parasites (salmonelles, campylobacter, shigelles…)		Virus (norovirus, rotavirus…)	
No	Nom et prénom	No chambre / Unité de soins	Âge (ans)	Sexe	Diarrhée	Douleurs abdominales	Nausées	Vomissements	Fièvre	Céphalées	Autres	Date début des signes (jj-mm-aa)	Date fin des signes (jj-mm-aa)	Hospitalisation	Décès	Date prélèvement (jj-mm-aa)	Résultats	Date prélèvement (jj-mm-aa)	Résultats