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

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

Nom de l'établissement: _____

					Symptômes et signes (cocher si présence)							Durée maladie			Prélèvements de selles			
No	**Nom et prénom**	**Unité, étage, secteur…**	**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 (H) / Décès (D)**	**Bactéries/Parasites (salmonelles, campylobacter, shigelles…)**		**Virus (norovirus, rotavirus…)**	
															Date prélèvement (jj-mm-aa)	**Résultats**	**Date prélèvement (jj-mm-aa)**	**Résultats**