

# Enregistrement d'un cas suspect COVID-19

MOD.ID.001.01

**Nom** ..... **Prénom** .....

**Entité** ..... **Matricule** .....

Age .....ans Sexe  Femme  Homme

Adresse .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Fièvre (Température max
- Toux
- Mal de gorge
- Difficulté Respiratoire
- Céphalées
- Myalgie
- Diarrhée
- Douleur abdominale
- Vomissement
- Détresse respiratoire

Le cas présente-t-il :

Dans les 14 jours précédents le début des symptômes, le cas avait-il

Un contact proche avec un cas possible ou confirmé : Oui  Non  Inconnu

Une fréquentation d'une structure hospitalière : Oui  Non  Inconnu

Contacts fréquentés dans le lieu de travail :

Traitement et suite à donner