|  |
| --- |
| **NOM DE l’EMS : \_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Résident :** | [ ]  H | [ ]  F | Date de naissance : jj.mm.aaaa |
| **Vaccination contre la grippe 2021-2022:** | [ ]  Non | [ ]  Oui ˃ | Si Oui, Date vaccin : jj.mm.aaaaNom du vaccin :       |

|  |
| --- |
| Critères cliniques grippe saisonnière |
| **Date de début des symptômes:** jj.mm.aaaa |
| Cocher si présent : |
| [ ]  Fièvre >38°C  |
| [ ]  Malaise |
| [ ]  Céphalées |
| [ ]  Myalgie |
| [ ]  Etat confusionnel aigu |
| [ ]  Toux |
| [ ]  Maux de gorge |
| [ ]  Dyspnée |
| [ ]  Autres (décrire) :      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oxygenothérapie** | [ ]  Non | [ ]  Oui  |  |
| **Examen diagnostic:** * PCR grippe
 | [ ]  Non | [ ]  Oui ˃ | Si Oui, Résultat:       |
| **Traitement antibiotique ou antiviral:*** Nom de l’antibiotique/antiviral (1er) :
* Nom de l’antibiotique/antiviral (2e) :
* Nom de l’antibiotique/antiviral (3e) :
 | [ ]  Non | [ ]  Oui ˃ |  Si Oui, remplir la suiteDate de début: jj.mm.aaaaDurée: Nbre de joursDate de début: jj.mm.aaaaDurée: Nbre de joursDate de début: jj.mm.aaaaDurée: Nbre de jours |
| **Hospitalisation** | [ ]  Non | [ ]  Oui ˃ | Date: jj.mm.aaaaDurée : Nbre de jours |
| **Décès** | [ ]  Non | [ ]  Oui ˃ | Date: jj.mm.aaaa |
| **OPTIONNEL** |
| **Mesures de prise en charge** |  |  |  |
| * Mesures Additionnelles gouttelettes
* Isolement en chambre individuelle
* Aucunes mesures
 | [ ]  Non[ ]  Non[ ]  Non | [ ]  Oui[ ]  Oui[ ]  Oui | Si Oui, justifier:       |

**Nom et prénom** de la personne qui a complété le questionnaire :

**Date :** jj.mm.aaaa