

QUESTIONNAIRE GRIPPE SAISONNIERE

(À compléter uniquement lors d'infection à *Influenza* prouvée)

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.aaaa
Nom 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) : _____

Oxygénothérapie Non Oui

QUESTIONNAIRE GRIPPE SAISONNIERE

(À compléter uniquement lors d'infection à *Influenza* prouvée)

Examen diagnostic:

- PCR grippe Non Oui > Si Oui, Résultat:
-

Traitement antibiotique ou antiviral: Non Oui > Si Oui, remplir la suite

- Nom de l'antibiotique/antiviral (1er) : Date de début: jj.mm.aaaa
Durée: Nbre de jours
 - Nom de l'antibiotique/antiviral (2e) : Date de début: jj.mm.aaaa
Durée: Nbre de jours
 - Nom de l'antibiotique/antiviral (3e) : Date de début: jj.mm.aaaa
Durée: Nbre de jours
-

Hospitalisation Non Oui > Date: jj.mm.aaaa

Durée : Nbre de jours

Décès Non Oui > Date: jj.mm.aaaa

OPTIONNEL

Mesures de prise en charge

- Mesures Additionnelles gouttelettes Non Oui
 - Isolement en chambre individuelle Non Oui
 - Aucunes mesures Non Oui Si Oui, justifier:
-

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

Date : jj.mm.aaaa