

Partie 3 : Questionnaire de suivi du personnel hospitalier sujet contact d'un cas confirmé pour MERS-CoV

8. Chronologie et circonstances des contacts avec le cas confirmé pour MERS-CoV

J0 = date de début des signes du cas confirmé = ___/___/_____ Cocher ci-dessous si contact à la date spécifiée

J-3	J-2	J-1	J0	J+1	J+2	J+3	J+4	J+5	J+6	J+7	J+8	J+9	J+10
<input type="checkbox"/>													
J+...													
<input type="checkbox"/>													

Circonstance(s) des principaux contacts avec le cas confirmé symptomatique pour MERS-CoV

- A. Soins directs au patient lors d'une procédure génératrice d'aérosol
- B. Soins directs au patient sans génération d'aérosol ou contact en face à face sans soins pendant une durée cumulée ≥15 mn
- C. Présence dans la chambre du patient lors d'une procédure génératrice d'aérosol
- D. Présence dans la chambre du patient sans génération d'aérosol
- E. Autre type de contact (préciser)

Date	Circonstances
___/___/_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E, préciser : Port d'un masque chirurgical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
___/___/_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E, préciser : Port d'un masque chirurgical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
___/___/_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E, préciser : Port d'un masque chirurgical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
___/___/_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E, préciser : Port d'un masque chirurgical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non