

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
 DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
 DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

PARTENAIRES INTIMES

Liste des personnes ayant eu des relations sexuelles avec le cas confirmé ou probable, durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		No maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact aaaa-mm-jj	Symptômes ³		
			H	F				Oui	Non	Si oui, précisez lesquels
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Légende :

³ Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
 DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
 DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

MAISONNÉE : VISITEURS

Liste des personnes qui ont visité la maisonnée durant la période de contagiosité :

S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille

Nom	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		No maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact aaaa-mm-jj	Symptômes ³			≥ 15 min	≤ 2 m
			H	F				Oui	Non	Si oui, précisez lesquels		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :
³ Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU, SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC, IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME, DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

MAISONNÉES VISITÉES

Durant la période de contagiosité, est-il arrivé que l'usager ait visité d'autres maisonnées ? Oui Non

Liste des maisons visitées et des personnes présentes lors des visites de l'usager durant la période de contagiosité :

S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille

Nom	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		No maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Date dernier contact aaaa-mm-jj	Symptômes ³			≥ 15 min	≤ 2 m
			H	F				Oui	Non	Si oui, précisez lesquels		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :
³Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU, SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

GARDERIE

Non-applicable.

- Enfant -> groupe : _____
 Travailleur avec contact avec les enfants -> fonction : _____
 Travailleur sans contact avec les enfants -> fonction : _____

Nom de la garderie : _____

Fréquence de présence4 : _____

Date de la dernière présence : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)

Légende :

4 Important de bien remplir cette section! Inscrire le nombre de présences par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences

ÉCOLE

Non-applicable.

- Enfant -> classe : _____
 Travailleur avec contact avec les enfants -> fonction : _____
 Travailleur sans contact avec les enfants -> fonction : _____

Nom de l'école : _____

Fréquence de présence4 : _____

Date de la dernière présence : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)

Légende :

4 Important de bien remplir cette section! Inscrire le nombre de présences par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
 DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
 DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

TRAVAIL

Non-applicable. *NOTE : Si applicable, faire copie de la présente feuille pour plus d'espace au besoin.*

Employeur : _____ Fonction : _____

Date de la dernière présence : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)

Liste des personnes avec qui l'utilisateur est en contact au travail :

Nom	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		No Maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Symptômes ³			≥ 15 min	≤ 2 m
			H	F			Oui	Non	Si oui, précisez lesquels		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :
³ Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS COVID-19

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO DOSSIER ET VILLAGE

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH, FILE NUMBER AND VILLAGE

AUTRES LIEUX ET ACTIVITÉS : CONTACTS ADDITIONNELS

Lieu fréquenté	Nom du contact	No dossier	DDN aaaa-mm-jj	Sexe		No Maison ou village	Téléphone ou identifiant Facebook	Symptômes ³			≥ 15 min	≤ 2 m
				H	F			Oui	Non	Si oui, précisez lesquels		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Légende :

³Symptômes compatibles avec COVID-19 observés chez le contact, ex. : toux, fièvre, difficultés respiratoires, etc.?

