CALENDRIER DE SUIVI MÉDICAL

Nom: .....

Prénom: .....

Date	Température		Difficultés Respiratoires	Toux	Autres symptômes	Liste et coordonnées des personnes avec lesquelles vous avez eu un contact proche
	Matin	Soir				
J1:			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J2:			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J3 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J4 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J5 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J6 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J7 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J8 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J9 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J10 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J11 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J12 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J13 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
J14 :			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

12/02/2020