**Protocole d’auto surveillance**

* **Que devez-vous faire pendant ce suivi ?**

Vous devez prendre votre température matin et soir. Utilisez la fiche de suivi jointe.

* **Comment prendre votre température ?**

Vous devez :

* prendre votre température **tous les jours**, **matin et soir**, à l’aide d’un **thermomètre réservé à votre strict usage personnel,**
* puis noter la date, l’heure de mesure et la température sur la fiche jointe,
* et utiliser la même méthode pour mesurer tous les jours votre température.

Sauf recommandations contraires du professionnel de santé qui vous suit, il est recommandé de prendre votre température **par voie buccale** de la manière suivante :

* placer le thermomètre sous la langue en assurant un bon contact avec la langue,
* bien fermer la bouche et respirer doucement par le nez,
* laisser le thermomètre en place pendant 45 à 90 secondes environ, ou jusqu’à ce que le thermomètre indique que la mesure a été réalisée si vous utilisez un thermomètre électronique (souvent signalé par un bip),
* noter la température mesurée ainsi que la date et l’heure de la mesure,
* nettoyer le thermomètre avec un coton imbibé d’alcool modifié à 90°.
* **Que faire en cas de fièvre ou si vous ne vous sentez pas bien pendant la période de suivi ?**

Pendant la période de suivi, en cas de fièvre supérieure ou égale à 37,5°C, ou de **sensation de fièvre** (frissons) ou de syndrome grippal (rhume, mal de gorge), ou en cas d’apparition d’une fatigue intense, de douleurs musculaires inhabituelles, de maux de tête, de toux, vous devez :

* contacter votre médecin traitant,
* arrêter toute activité et rester dans une pièce de préférence seul(e) au calme,
* éviter tout contact rapproché et garder une distance d’au moins 1 mètre avec les personnes qui vous entourent en attendant l’arrivée du médecin,
* ne pas vous rendre chez un médecin, ni aux urgences.
* Contacter votre service de Santé au travail

**Pour toute question durant la période de suivi, ou en cas d’inquiétude, vous pouvez joindre le professionnel de santé en charge de votre suivi.**

**Protocole d’auto surveillance**

**IMPORTANT: la température que vous mesurez ne reflète la vérité, que si vous n'avez pas pris de médicament dans les 4 heures précédent (Aspirine, Ibuprofène, paracétamol)**

|  |
| --- |
| **Calendrier de suivi médical concernant le 2019-nCoV** |
| **Date de début du suivi : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|** **Mode de prise de température (frontale, buccale, oreille) : …………………………………….**Notez la température et les symptômes dans le tableau  |
| Date | **Température** | **Toux seche**  | **fatigue****intense** | **Gene respiratoire** | **Perte brutale de l’odorat et du gout** | **autre (préciser)** |
| matin | soir |
|  | 37.3 |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  |
|  |  |  |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non |  Oui Non | ………………… |
| **En cas de fièvre ou d’autres symptômes, appelez immédiatement votre médecin traitant** et votre service de Santé au Travail**.** |