Active Monitoring Guidance

14-day Fever and Symptom Follow-up Form (Day 1-7)

Date of Exposure: _____ **Last Date of Monitoring:** _____

Your Name: _____ Date of Birth: _____

Public Health Nurse (PHN) Name: _____ Backup PHN Name: _____

PHN Phone#: _____ Backup PHN Phone #: _____

(Mon - Fri 8AM to 5PM) *(Mon - Fri 8AM to 5PM)*

After-Hours Phone #: _____

1. Mark if you have any of the symptoms: circle "Y" for Yes and "N" for No. Do not leave any spaces blank.
2. Take your temperature once in the morning **(AM)** and once in the evening **(PM)** and write the temperature in the appropriate box in the table below.
3. If you are taking any medications that contain aspirin, Tylenol® (acetaminophen), paracetamol, Aleve® (naproxen), Motrin® or Advil® (ibuprofen), please circle "Y" in the any medication section and take your temperature **before** your next dose of this medicine.
4. If you have a fever or any symptom, stay indoors and call Public Health at the number provided above.

Day # (from last contact)	1		2		3		4		5		6		7	
Date														
AM or PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Any medication?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Temperature														
Felt feverish (T >100.4°F or >38.0°C)	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Cough	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Sore Throat	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Difficulty breathing/ shortness of breath	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Muscle aches/headache	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Abdominal discomfort	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Vomiting	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Diarrhea	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

Active Monitoring Guidance

14-day Fever and Symptom Follow-up Form (Day 8-14)

Date of Exposure: _____ **Last Date of Monitoring:** _____

Your Name: _____ Date of Birth: _____

Public Health Nurse (PHN) Name: _____ Backup PHN Name: _____

PHN Phone#: _____ Backup PHN Phone #: _____

(Mon - Fri 8AM to 5PM) *(Mon - Fri 8AM to 5PM)*

After-Hours Phone #: _____

1. Mark if you have any of the symptoms: circle "Y" for Yes and "N" for No. Do not leave any spaces blank.
2. Take your temperature once in the morning **(AM)** and once in the evening **(PM)** and write the temperature in the appropriate box in the table below.
3. If you are taking any medications that contain aspirin, Tylenol® (acetaminophen), paracetamol, Aleve® (naproxen), Motrin® or Advil® (ibuprofen), please circle "Y" in the any medication section and take your temperature **before** your next dose of this medicine.
4. If you have a fever or any symptom, stay indoors and call Public Health at the number provided above.

Day # (from last contact)	8		9		10		11		12		13		14	
Date														
AM or PM	**AM**	**PM**	**AM**	**PM**	**AM**	**PM**	**AM**	**PM**	**AM**	**PM**	**AM**	**PM**	**AM**	**PM**
Any medication?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Temperature														
Felt feverish (T >100.4°F or >38.0°C)	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Cough	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Sore Throat	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Difficulty breathing/ shortness of breath	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Muscle aches/headache	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Abdominal discomfort	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Vomiting	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Diarrhea	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N