ISC INDIGENOUS SERVICES CANADA

Appendix 4:
Daily Clinical Update Form - Case Managed in a Household Setting

Client Name: _____
DOB: _____
Band Number: _____
Health Card Number: _____

Use Appendix 4 to monitor the health status of a probable or confirmed case for the duration of their illness and infectious period or until a probable case no longer meets the case definition. Review symptoms and indicate if present or absent.

	DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 4	DAY 5	DAY 6	DAY 7	DAY 8	DAY 9	DAY 10	DAY 11	DAY 12	DAY 13	DAY 14
Date														
Symptoms														
No symptoms	☐ 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 ☐ Y
Are symptoms worsening or any new symptoms	☐ 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 ☐ Y
Fever > 38	☐ 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 ☐ Y
Temperature (if known)														
Cough	☐ 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 ☐ Y
Shortness of breath	☐ 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 ☐ Y
Diarrhea	☐ 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 ☐ Y
Runny nose	☐ 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 ☐ Y
Malaise	☐ 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 ☐ Y
Chest pain	☐ 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 ☐ Y
Other:	☐ 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 ☐ Y
Complications														
Pneumonia	☐ 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 ☐ Y
Other:	☐ 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 ☐ Y
Specimens / Diagnostics														
Nasopharyngeal swab	☐ 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 ☐ Y
Chest x-ray	☐ 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 ☐ Y
Treatment / Supportive Therapy														
Medication	☐ 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 ☐ Y
O2 sat (if applicable)														
On oxygen	☐ 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 ☐ Y
Initials														

ISC
INDIGENOUS SERVICES CANADA

Appendix 4:
Daily Clinical Update Form -
Case Managed in a Household Setting

Client Name: _____
DOB: _____
Band Number: _____
Health Card Number: _____

Date	Notes
	(Initial above entries)

Initials	Name	Signature	Position (Nurse, Community Health Representative, etc)	
				Fax current page to the ISC FNIHB CD Nurse once completed 1-807-343-5348