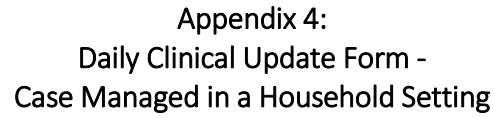


Use Appendix 4 to monitor the health status of a probable or confirmed case for the duration of their illness and infectious period or until a probable case no longer meets the case definition. Review symptoms and indicate if present or absent.

|  | 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                                | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Are symptoms worsening or any new symptoms | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Fever > 38                                 | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Temperature (if known)                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Cough                                      | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Shortness of breath                        | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Diarrhea                                   | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Runny nose                                 | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Malaise                                    | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Chest pain                                 | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Other:                                     | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Complications                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Pneumonia                                  | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Other:                                     | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Specimens / Diagnostics                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Nasopharyngeal swab                        | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Chest x-ray                                | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y |
| Treatment / Supportive Therapy             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Medication                                 | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/>                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |



| 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