

## 14-Day Fever and Symptom Follow-up Form for Contacts of 2019-nCov Patients, days 1-7

(Email completed form to Rebecca Schirle – RN MN COHNS-S PHSKC Employee Health Nurse Manager, [Rebecca.schirle@kingcounty.gov](mailto:Rebecca.schirle@kingcounty.gov))

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Sex: M F  
 Email: \_\_\_\_\_ Telephone number: \_\_\_\_\_  
 Where did contact occur: \_\_\_\_\_ Date of last contact with case/potential case (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

Take your temperature twice a day, in the morning and in the evening, and write it down. Mark if you have any of the symptoms: circle 'Y' for Yes and 'N' for No. **If you have a fever or any symptom, do not report to work, and immediately call the HMAC Safety Officer at 206-263-8735 or the Public Health Call Center at 206-477-3977. See your primary care physician for follow up.**

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
Temperature														
Felt feverish	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 or 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
Malaise/fatigue	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
How feeling relative to prior day? B=Better, S=Same, W=Worse	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W
Meds taken for symptoms	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