

Surname			First Name			Date of Birth	
Contact Cell number			E-mail address		Category of Essential Worker (Select from addendum 1)		
Alternative contact number					Job Title		
Next of Kin or Alternative Contact (Please provide name, relationship and contact details)							
Work address & details:							
Home address:							
Days post exposure	1	2	3	4	5	6	7
Date: DD/MM							
Document morning + evening	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM
Temperature (no meds)							
Respiratory rate							
Pulse rate							
Symptoms (Circle Y or N)	Daily	Daily	Daily	Daily	Daily	Daily	Daily
Fever/Chills	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
Sore throat	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Shortness of breath	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Body aches	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Redness of the eyes	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Loss of smell OR loss of taste	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Nausea/vomiting/diarrhoea	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Fatigue/ weakness	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
At Home or work?	H / W	H / W	H / W	H / W	H / W	H / W	H / W
Clinical and Progress Notes and Exposure History:							

Surname			First Name			Date of Birth	
Contact Cell number			E-mail address		Category of Essential Worker		
Alternative contact number					Job Title		
Next of Kin or Alternative Contact (Please provide name, relationship and contact details)							
Work address & details:							
Home address:							
Days post exposure	8	9	10	11	12	13	14
Date: DD/MM							
Document morning + evening	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM
Temperature (no meds)							
Respiratory rate							
Pulse rate							
Symptoms (Circle Y or N)	Daily	Daily	Daily	Daily	Daily	Daily	Daily
Fever/Chills	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
Sore throat	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Shortness of breath	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Body aches	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Redness of the eyes	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Loss of smell OR loss of taste	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Nausea/vomiting/diarrhoea	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Fatigue/ weakness	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
At Home or work?	H / W	H / W	H / W	H / W	H / W	H / W	H / W
Clinical and Progress Notes and Exposure History:							